COMPRENDRE LES CAUSES
DE NON RECOURS À LA CMU COMPLÉMENTAIRE
ET À L'AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE.

Etude financée par le Fonds de Financement de la CMU.

Brigitte BERRAT, sociologue,
et Virginie PAUL, chargée d'étude.
IRTS Ile de France Montrouge / Neuilly-sur-Marne.

SYNTHESE

On entend généralement par « non recours » le fait que bon nombre d´ayants droit à différentes prestations d´aide sociale ne font pas valoir leurs droits. Si cette notion est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans le discours socio-politique français et soulignée par différentes recherches récentes en sciences sociales[1], il est plus difficile d'une part de la quantifier précisément au niveau national et d'autre part de donner une interprétation sociologique cohérente de ses causes. L'exemple du non recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) et à l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)[2] conforte cette difficulté. Selon les chiffres avancés par la Direction de la Sécurité Sociale, 6 millions de personnes seraient en droit de bénéficier de la CMUC et 2 millions de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé. Or l'institution comptabilise au 30 avril 2006, 4,8 millions d'assurés CMUC et pour l'ACS, 210 000 attestations de droits délivrées (concernant 400 000 personnes), ce qui signifie mathématiquement que plus de 2,9 millions de personnes, en droit de prétendre à une aide, n'en bénéficient pas. Reste à savoir qui sont ces personnes ? Où les trouver ? Et quelles sont les raisons de leur non recours ?

L'intérêt de cette étude était de s'adresser à une population repérée non par son statut (allocataire du RMI par exemple), mais par un lieu de résidence (foyers et résidences sociales), dont la fonction est d'accueillir une population en situation de précarité sociale et économique.

L'enquête, réalisée par questionnaire au sein de 29 établissements d'Ile-de-France a permis d'identifier un taux de non recours à la CMU C de **23,7 %** parmi la population étudiée, et un non recours quasi-total à l'ACS.

Bien sûr, la définition de ce taux résulte d'une méthodologie spécifique appliquée à une population particulière, et ne saurait être généralisé sans prudence. Il n'en constitue pas moins un point de repère sur une question pour laquelle les éléments quantitatifs sont peu nombreux.

Notons que dans l'ensemble des situations de non recours à la CMU C, 20,6 % concernent des allocataires du RMI, alors que leur affiliation devrait être systématique.

Certaines raisons de non recours ont pu être identifiées, confirmant assez généralement les résultats d'autres études sur ce sujet[3] :

---

[1] Conduites notamment par l'ODENORE (Observatoire Départemental du Non Recours).
[2] Dispositif initialement dénommé « Crédit d'Impôt », et parfois mentionné antérieurement comme « Aide à la Mutualisation ».
[3] Voir notamment le numéro spécial de la revue Recherches et Prévisions n° 43 (mars 1996), ainsi que la présentation des travaux de l'ODENORE et d'autres organismes sur le site : *www.msh-alpes.prd.fr/odenore*.

- La méconnaissance des droits, en l'absence d'une information suffisamment accessible, compréhensible et personnalisée, pour des publics ayant une plus ou moins grande maîtrise de la langue française ou du langage administratif : 26,9 % des personnes interrogées n'ont « jamais entendu parler » de la CMU C et 17,4 % en ont « déjà entendu parler, sans savoir exactement de quoi il s'agit » ; quant à l'ACS, 86,7% des personnes éligibles n'en ont « jamais entendu parler » ; parallèlement, les critères d'éligibilité, les lieux où déposer une demande… sont mal connus par une part importante de la population ayant fait l'objet de l'enquête.

- En ce qui concerne la CMU C, les autres motifs de non recours concernent pour 12,6% des personnes qui, tout en connaissant le dispositif, n'en ont pas fait la demande ; pour 19,8 % des personnes qui en ont fait la demande à un moment donné, mais ne l'ont pas obtenue, et pensent dès lors que, même si leur situation financière a changé, elle leur sera de nouveau refusée ; pour 21,6 % des personnes qui ont obtenu la CMU C pendant un temps, mais n'ont pas renouvelé leur demande, soit par négligence, soit par absence d'information sur la nécessité annuelle de cette démarche.
- Les difficultés ou le découragement pour faire valoir ses droits, alimentés par un sentiment de complexité dans les démarches et les décisions des administrations, constituent également, de manière transversale, un facteur de non recours : 63,6 % des personnes interrogées considèrent en effet que l'accès aux droits est de manière générale « complexe ». Mais ce sont aussi les difficultés rencontrées dans les relations avec les administrations qui peuvent générer des attitudes de découragement et de renoncement : 43,2 % partagent la « crainte de ne pas être compris » ; pour 37,5 %, les réponses des agents se révèlent fréquemment incomprises » ; et 34,9 % déclarent avoir « du mal à exprimer leur demande ». De fait, 34,0 % déclarent, toutes prestations confondues, « avoir déjà renoncé à demander certains droits » et 31,5 % « avoir déjà renoncé aux démarches pour faire valoir leurs droits ».
- Un autre facteur de non recours semble lié à l'influence du vécu de situations de précarité, qui, soit altèrent l'estime de soi et la confiance en soi et génèrent des attitudes de repli ou l'incapacité à aller vers autrui ; la « santé morale » se révèle altérée pour une part importante des personnes interrogées : sentiment de tristesse fréquent pour 48,6 % d'entre elles, sentiment d'incapacité à faire des projets pour 30,2%, sentiment que « tout demande un effort » pour 46,1%.
- Pour certains, par ailleurs, l'accès aux droits peut apparaître dans l'immédiat comme secondaire au regard d'autres préoccupations (ressources, emploi, logement…), même si « se soucier de sa santé » constitue pour 84,2 %, une préoccupation.
- Plus marginalement, le non recours se révèle parfois lié au refus de prestations ou de dispositifs jugés porteurs de stigmatisation, et d'une identification publique d'une situation sociale de pauvreté : 9,1 % des personnes interrogées se déclarent gênées de bénéficier d'un droit spécifique pour les personnes en difficultés », et 14,9 % à ce qu'un médecin connaisse leurs difficultés financières.

Les situations de non recours – actif ou passif – apparaissent d'autant plus essentielles à prendre en considération, que la population concernée, tel que cela ressort dans le cadre de cette étude, connaît pour une part conséquente, des problèmes de santé importants (42,6 % déclarent être actuellement affectées par un problème de santé important), et qu'elle renonce fréquemment à des soins, pour des raisons financières principalement (40,5% affirment avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois).

L'enjeu est doublement d'importance : d'une part, parce que le taux de fréquentation du système de santé est fortement influencé par la présence d'une couverture complémentaire, y compris pour les bénéficiaires de la CMU C, dont le recours aux soins est sensiblement le même que les autres personnes ayant une couverture complémentaire[4] ; d'autre part, parce que l'accès aux soins, et l'impact sur la santé qu'il est censé avoir, ne peuvent avoir que des effets favorables, pour une population précarisée et fragilisée, en matière d'insertion sociale et professionnelle.

[4] CREDES, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé,* n°78, décembre 2003.

COMPRENDRE LES CAUSES DE NON RECOURS À LA CMU COMPLÉMENTAIRE ET À L'AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE.

Etude financée par le Fonds de Financement de la CMU.

RAPPORT FINAL

Avril 2007

Brigitte Berrat, sociologue,
et Virginie PAUL, chargée d'étude.

IRTS Ile de France Montrouge : Neuilly sur Marne
1, rue du 11 novembre – 92120 MONTROUGE
Tel : 01 40 92 01 02
Département Etudes et recherche – Tel : 01 40 92 35 02

Avec la collaboration de Julie DEVILLE et de Mireille EBERHARD, sociologues, coordinatrices d'enquête

Et d'étudiantes assistant(e)s de service social en première année de formation à l'IRTS Ile-de-France Montrouge / Neuilly-sur-Marne (Promotion 2005 – 2008)

Nous remercions l'ensemble des gestionnaires et responsables d'établissements qui nous ont permis la réalisation de cette enquête.

SOMMAIRE

Page

Introduction 4

Première partie : Présentation de l'étude

I – La CMU Complémentaire et l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

1 – Contexte 5

2 – Problématique et hypothèses de l'étude 8

2-1 - Problématique 8

2-2 – Hypothèses et variables 13

II – Méthodologie d'enquête

1 – La conception du questionnaire 18

2 – La sélection des lieux d'enquête et de la population cible 18

3 – Organisation et répartition des tâches au sein de l'équipe 19

4 – Traitement statistique des données 20

III – Description de l'enquête 20

1 – Données contextuelles sur le terrain d'étude 20

2 – Procédure et déroulement 23

3 – Les difficultés de l'enquête 26

IV – Les résultats statistiques de l'enquête : taux de non recours. 28

Deuxième partie : Comprendre les raisons du non recours 31

I – Caractéristiques de la population rencontrée 31

II – Les logiques de non recours à la CMU C et à l'ACS 34

1 – Le non recours à la CMU C 37

2 – Le non recours à l'ACS 42

III – Attitudes générales en matière de rapport aux droits 44

IV – Attitudes générales en matière de rapport aux administrations 46

V – L'état de santé ressenti et le rapport au système de soins 50

VI – Le sentiment de stigmatisation lié à l'assistance : une attitude minoritaire 56

Conclusion 58

Introduction

On entend généralement par « non recours » le fait que bon nombre d´ayants droit à différentes prestations d´aide sociale ne font pas valoir leurs droits. Si cette notion est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans le discours socio-politique français et soulignée par différentes recherches récentes en sciences sociales[1], il est plus difficile d'une part de la quantifier précisément au niveau national et d'autre part de donner une interprétation sociologique cohérente de ses causes. L'exemple du non recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) et à l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)[2] conforte cette difficulté d'évaluation et d'explication des causes. Selon les chiffres avancés par la Direction de la Sécurité Sociale, 6 millions de personnes seraient en droit de bénéficier de la CMUC et 2 millions de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé. Or l'institution comptabilise au 30 avril 2006, 4,8 millions d'assurés CMUC et pour l'ACS, 210 000 attestations de droits délivrées (concernant 400 000 personnes), ce qui signifie mathématiquement que plus de 2,9 millions de personnes, en droit de prétendre à une aide, n'en bénéficient pas. Reste à savoir qui sont ces personnes ? Où les trouver ? Les raisons de leur non recours ?

Si certains considèrent que cet écart peut être dû en grande partie à une erreur d'estimation du chiffre escompté, ils ne peuvent nier qu'il est aussi la véritable expression d'un non recours pour une partie de la population éligible.

Réaliser une étude sur le non recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) et à l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) relevait donc d'une double nécessité : d'une part l'état de la question montre que très peu d'études y sont consacrées ; d'autre part le Fonds de financement de la CMUC souhaitait comprendre les causes de non recours à ces deux prestations[3]. Comme le souligne Philippe WARIN[4], *« L'administration publique est tenue de faciliter l'accès aux droits sociaux. (…) Pour être performantes dans la mise en œuvre des nouvelles mesures de protection sociale, il leur faut savoir repérer les populations visées, et s'assurer que les prestations et les aides les atteignent. Or, sur ce plan, le bât blesse à plusieurs endroits (…) ».*

Pour ce qui concerne l'accès à la CMU C et à l'ACS, l'enjeu est évident : ces dispositifs sont censés améliorer l'accès aux soins, et par là-même avoir un impact sur la santé des populations les plus défavorisées, avec les conséquences favorables que l'on peut en attendre en terme d'insertion sociale et professionnelle.

---

[1] Conduites notamment par l'ODENORE (Observatoire Départemental du Non Recours).

[2] Dispositif initialement dénommé « Crédit d'Impôt », et parfois mentionné antérieurement comme « Aide à la Mutualisation ».

[3] Le fonds CMU a ainsi financé trois études dont celle-ci sur cette question : ODENORE – MSH Alpes, *Le non recours à la CMU-C des allocataires du RMI : mesures et analyses,* septembre 2006 ; LEGOS – Université Paris Dauphine, *Comprendre les causes du non recours à la CMU-C*, septembre 2006.

[4] Philippe WARIN, « Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables », *Recherches et prévisions,* n°87, mars 2007.

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE

I. La CMU Complémentaire et l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

1. Contexte

A la fin des années 1990, les problèmes d'accès aux soins pour une partie de la population s'accentuaient et ce, malgré la généralisation progressive de l'assurance maladie. Si pour une forte proportion de la population d'assurés sociaux, la charge du ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et une partie des prestations facturées (quand il n'existe pas de tarif opposable - lunetterie, prothèses dentaires, etc-.) sont prises en charge par un assureur complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance, souvent en lien avec l'activité professionnelle), pour la proportion restante, ce n'est pas le cas. En l'absence de protection complémentaire et en ajoutant à cela, la nécessité dans notre système de faire l'avance des frais, ces dépenses - si infimes puissent-elles paraître- sont synonymes *a fortiori* de « coût » supplémentaire et par conséquent font l'objet d'économies possibles.

Afin de supprimer ce frein financier à l'accès aux soins (en remplacement de l'assurance personnelle et de l'aide médicale départementale), la Couverture Maladie Universelle de base (CMU) et la CMU Complémentaire (CMUC) ont été mises en place en 2000[5]. Ces dispositifs illustrent les modes de réponse désormais privilégiés par les politiques sociales dans l'ensemble des pays européens : un ciblage accru des bénéficiaires, le but étant de « concentrer sur les populations les plus désaffiliées (les *truly needy)* une solidarité spécifique. »[6].

La première est une couverture maladie qui permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).[7]

---

[5] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, mise en application le 1er janvier 2000.

[6] Philippe WARIN, *L'accès aux droits sociaux,* Presses Universitaires de Grenoble, 2007.

[7] Pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle de base, il faut résider en France de façon stable et régulière. La résidence stable est réputée acquise après 3 mois de résidence. Cette condition est applicable à tous, français ou étrangers. En outre, les personnes étrangères doivent avoir un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant qu'elles ont demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile (c'est la résidence régulière). Le délai de trois mois n'est pas opposable aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d'un accord de coopération, aux bénéficiaires de certaines prestations (prestations familiales, prestations logement, RMI ou autre), et aux personnes de nationalité étrangère, reconnues réfugiées ou ayant demandé le statut de réfugié. Les personnes sans domicile au moment de la demande doivent élire domicile auprès d'un Centre

La seconde, quant à elle, est une couverture complémentaire maladie dont bénéficient gratuitement les personnes disposant de ressources inférieures à un plafond. La couverture maladie universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite[8]. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais.

La CMUC est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond. Les droits sont ouverts par les organismes d'assurance maladie obligatoire, mais les bénéficiaires peuvent ensuite choisir l'opérateur de leur couverture complémentaire (Caisse d'Assurance Maladie, société d'assurance, institution de prévoyance ou mutuelle).

Cette prestation est donc attribuée sous condition de ressources[9] : le montant du plafond de ressources pour une personne seule est fixé à 598,23 € mensuels depuis le 1er juillet 2006. Ce plafond est augmenté de 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer, de 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personne et de 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

---

communal d'action sociale ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale. Les pupilles de l'Etat sont assurés au titre de la résidence. Ne peuvent être assurés au titre de la résidence les membres du personnel consulaire et diplomatique, ainsi que leur famille, les personnes venues en France pour y recevoir des soins et les retraités des organisations internationales. Les assurés au titre de la résidence doivent s'acquitter d'une cotisation de 8 % de leurs revenus fiscaux.
La cotisation n'est pas due sur la part des revenus inférieure à un plafond déterminé. De plus, les bénéficiaires du RMI ou de la CMU complémentaire sont exonérés de cette cotisation.
Les personnes dans cette situation sont prises en charge par le régime général au titre de leur résidence en France : « *les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès* » (article L. 161-8 du code de la Sécurité sociale).Ce maintien de droits pour les prestations en nature est de 4 ans (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale).
Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droits.

[8] La CMUC prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

[9] Le législateur avait renvoyé au pouvoir réglementaire la détermination de cette condition (composition de la famille, définition des ressources à prendre en compte et détermination du plafond). La loi de finances pour 2003 a encadré l'évolution de ce plafond en prévoyant que la révision qui intervient chaque année au 1er juillet « tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année ».

Les revenus du demandeur[10] sont majorés d'une somme forfaitaire représentative des aides au logement perçues ou de l'avantage que représente l'occupation d'un logement à titre gratuit ou par son propriétaire.

Ce forfait logement est de 12 % du montant mensuel du RMI (433,06 € en 2006) pour une personne seule, de 14 % pour les foyers de deux personnes et plus.

L'application de ce forfait ramène donc à **547,18 €**, le montant du plafond[11] de ressources d'une personne seule pour bénéficier de la CMUC.

Depuis le 1er janvier 2005, les personnes qui malgré leurs faibles ressources ne sont pas ou plus bénéficiaires de la CMUC gratuite peuvent prétendre lorsque leurs ressources n'excèdent pas de plus de 20 %[12] le plafond de la CMUC à une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé[13] (ACS).

Les bénéficiaires potentiels font la demande de l'aide auprès de leur Caisse d'Assurance Maladie qui leur délivre une attestation valable six mois à remettre à l'assureur ou mutuelle de leur choix contre la souscription d'une assurance qu'ils choisissent également librement[14].

---

[10] Aux termes des articles R. 861-6 et 7 du code de la sécurité sociale,

[11] Selon Georges LANE (économiste) :« *L'article 155 de la loi de finances pour 2006 est venu compliquer à l'extrême ce dispositif. Il augmente son montant en portant le taux de 14 % à 16 % du RMI pour les foyers de deux personnes et de 14 à 16,5 % pour les foyers de trois personnes et plus. Cette mesure ne s'applique cependant qu'aux nouveaux entrants et ne concerne que les bénéficiaires d'aides personnelles au logement (les modalités d'appréciation forfaitaire des avantages en nature procurés par le logement restant inchangées). Cette mesure réduit le plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC pour tous les foyers à l'exception des célibataires. Elle a un impact maximum pour les foyers de trois personnes et a ramené le plafond, durant le 1er semestre 2006, à un niveau inférieur à celui existant avant la majoration du 1er juillet 2005 (930,56 €, contre 931,73 € au 30 juin 2005). Cette disposition de la loi de finances répond mal au souci de cohérence invoqué dans l'exposé des motifs de la loi. Elle introduit en effet des barèmes différents selon qu'il s'agit d'une première demande ou d'un renouvellement. Son effet immédiat est d'abaisser le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC et donc de limiter la dépense. Il est attendu de cette mesure, ainsi circonscrite aux nouveaux entrants, une économie estimée à 7 M €, soit une exclusion de plus de 20 000 bénéficiaires, prioritairement des familles avec enfants, en contradiction avec les engagements pris par le Gouvernement au printemps 2005 d'admettre 300 000 enfants supplémentaires dans le dispositif. L'ensemble de ce dispositif gagnerait donc à être simplifié et rendu plus cohérent* ».

[12] À compter du 01/01/2007

[13] La loi du 13 août 2004 a instauré un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, géré par le fonds CMU. Il s'est substitué à compter du 1er janvier 2005 au dispositif précédemment mis en place par les régimes d'assurance maladie et distinct des contrats de sortie. Il reste cependant financé par le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) des régimes obligatoires.

[14] Sous réserve qu'il s'agisse d'un contrat « responsable », c'est-à-dire, de contrats d'assurance maladie complémentaire soumis aux dispositions de la loi du 13 août (article L. 871-1 du CSS) visant à responsabiliser les assurés et à instituer un parcours de soins. Sous peine de perdre le bénéfice d'aides publiques, les mutuelles, sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance ne doivent pas prendre en charge les pénalités financières (minoration des remboursements ou majoration des honoraires) subies par les assurés en cas de non respect du parcours de soins.

Cette aide varie en fonction du nombre de bénéficiaires et de leur âge apprécié au 1er janvier de l'année considérée. Le montant de l'aide correspond à une réduction de la prime annuelle d'assurance complémentaire que l'assuré devrait payer à l'organisme s'il ne bénéficiait d'aucune aide. A titre d'information, pour l'année 2006, l'aide est de 100 € par personne de moins de 25 ans, 200 € par personne âgée de 25 à 59 ans et 400 € par personne âgée de 60 ans et plus[15].

L'application de cette aide ramène donc à percevoir, dans tous les cas, un revenu se situant entre **547,19 € et 656, 63 €**, pour en bénéficier.

Dans le cadre de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé, les prestataires bénéficient de la dispense de l'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie lors de leurs consultations médicales, dans le cadre du parcours de soins coordonné. La dispense d'avance de frais leur est accordée même s'ils décident de ne pas choisir un organisme de protection complémentaire[16].

2. Problématique et hypothèses de l'étude

2-1 Problématique

Si ces dispositifs ont permis significativement[17] de lever le frein financier constaté en 1999, les chiffres escomptés dans l'exposé des motifs de la loi au niveau du nombre de personnes éligibles sont en deçà des prévisions. En effet, la Direction de la Sécurité Sociale estimait à 6 millions le nombre de personnes pouvant prétendre à la CMUC et à 2 millions[18] celui relatif à l'ACS. Au 31 décembre 2005, soit six ans après l'entrée en vigueur de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, sont comptabilisés 4,8 millions d'assurés CMUC. En ce qui concerne l'ACS, 210 000 attestations de droits avaient été délivrées à la même date et concernaient 400 000 personnes[19].

Comment expliquer cet écart ?

[15] Décret n°2005-1343 du 28/10/2005.
[16] Les organismes participant au service de la prestation complémentaire en matière de santé (mutuelles, assureurs, organismes de prévoyance) déduisent du montant de la contribution due (2,50% du montant hors taxes des primes ou cotisations afférentes à la protection complémentaire) un forfait porté à compter du 1er janvier 2006 à 340€ par an et par contrat géré.
[17] Augmentation de 25 % de bénéficiaires entre 2000 et 2005
[18] Parmi lesquelles 620 000 bénéficiaires du minimum vieillesse
[19] BOISGUERIN B. (2006). « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°512.

Il est difficile de donner une interprétation sociologique cohérente des causes de ce phénomène, les travaux existants montrant que le non recours n'a pas d'explication causale unique. Il est le produit de plusieurs facteurs liés non seulement au bénéficiaire et à son comportement, mais aussi aux organismes chargés de verser la prestation et, enfin, à la façon dont la prestation a été conçue.

Pour l'Observatoire du non-recours aux droits et services (ODENORE[20]) : "*Une des difficultés majeures des agents publics qui interviennent auprès de populations en difficultés ou défavorisées est souvent l'absence de relations avec les populations. Certes les agents ploient sous le flot des demandes et des urgences (multiplication des comportements d'ayant droit ; parfois détérioration des relations avec une montée des problèmes d'agressivité et d'incivilité). Mais en même temps ils constatent un phénomène plus préoccupant encore, en tout cas si on considère la question majeure de l'effectivité du service public, qui est celui du non-recours…Le non-recours renvoie précisément à la situation de personnes qui ne perçoivent pas tout ou partie des prestations ou des droits qu'elles peuvent faire valoir. Ce phénomène renvoie essentiellement à la question de l'accès aux prestations sociales et donc plus particulièrement à certains services publics…Ce phénomène présente plusieurs cas de figure :*

- *le non-recours total (quand l'individu ne perçoit pas la prestation) ou partiel (quand l'individu perçoit une partie seulement de la prestation à laquelle il a droit),*
- *le non-recours temporaire (lorsque l'individu finit par demander la prestation) ou permanent (quand il ne demande la prestation à aucun moment de son éligibilité)."*

Au vu de ces premiers travaux, le phénomène de non-recours tiendrait à « trois grandes causes », qui agiraient de façon combinée :

- Le manque d'information liée à la prestation : une information administrative dont la qualité ou la quantité peut être insuffisante, une ignorance de l'existence des dispositifs, une mauvaise compréhension des règles, une méconnaissance de sa propre éligibilité, une mauvaise connaissance des procédures et des lieux où s'adresser, sont les raisons le plus souvent évoquées. Dès lors, les populations les premières concernées sont celles en situation précaire, dépourvues de connaissances, maîtrisant difficilement les dispositifs et les langages administratifs. De surcroît, comme le souligne Antoine TERRACOL[21], *« Une fois qu'une possible éligibilité est connue, la collecte d'informations concernant les barèmes et les conditions d'attribution des minima sociaux, ainsi que les éventuels déplacements dans les centres d'aide sociale* (ou autres prestataires), *induisent des coûts pour les agents qui pensent être éligibles. »*

[20] L'ODENORE signale les travaux de recherche initiés par la CNAF : voir en particulier la revue "Recherches & Prévisions" (le n° 43 de mars 1996 est un document de référence : il offre des définitions, des analyses du phénomène, des données statistiques et des informations bibliographiques).

[21] TERRACOL A. « Coût de perception et taux de non recours aux minima sociaux en France », 2001.

IRTS Ile de France Montrouge / Neuilly sur Marne
1, rue du 11 novembre – 92120 MONTROUGE
Tel : 01 40 92 01 02
Département Etudes et recherche – Tel : 01 40 92 35 02

- Le non-recours provient parfois d'erreurs de la part des services chargés de contrôler la validité des demandes. Le traitement administratif des demandes peut connaître des défaillances qui ont pour conséquence de priver certains ayant droits d'un accès effectif aux prestations.
- La complexité des dispositifs d'accès ou de prestation a aussi des coûts d'ordre psychologique, ce qu'on appelle la motivation à faire valoir ses droits. Cette fois, cela concerne une population en voie de désinsertion sociale. Il peut s'agir du sentiment de honte à percevoir certaines aides d'assistance, et, inversement, la fierté à ne pas y recourir, ou encore la méfiance ou le refus des services et des *« contrôles sociaux »*[22]. Les stigmates associés au statut de demandeur ou de bénéficiaire peuvent être liés, parfois, au souvenir de mauvaises expériences avec les services publics, et notamment les services sociaux.

Le rapport de l'IGAS « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien »[23], propose de distinguer, pour ce qui concerne les usagers non bénéficiaires d'une prestation, alors qu'ils y sont éligibles :

- les personnes qui *ne savent pas* qu'elles pourraient bénéficier d'un type d'aide,
- les personnes *qui ne veulent pas* se servir d'informations dont elles disposent,
- les personnes *qui ne peuvent pas* se servir des informations dont elles disposent.

De manière plus systématique, le rapport de synthèse établi par Mary DALY[24] sur l'accès aux droits en Europe, regroupe les difficultés rencontrées en sept grandes catégories, depuis la définition ou la création d'un droit social jusqu'aux modalités de sa mise en œuvre (processus, procédures et ressources), en passant par la situation de l'usager effectif ou potentiel qui tente d'exercer ses droits.

---

[22] GAULEJAC de V., TABOADA LÉONETTI I., 1994, *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Marseille-Paris, Hommes et perspectives - Desclée de Brouwer. « *Le contrôle social désigne l'ensemble des moyens à la disposition d'une société pour obtenir que ses membres agissent conformément aux normes sociales en vigueur. Le but du contrôle social est donc d'assurer l'ordre social et le respect du système de valeurs du groupe. L'obéissance à la norme provient tout d'abord d'une intériorisation des règles et valeurs, lors de la période de socialisation. On peut aussi noter le rôle des entrepreneurs de morale, ces personnes qui par leur statut ou leur volonté, « fabriquent » les règles de conduite du groupe et les imposent par leur pouvoir symbolique. Le respect d'une norme se fait de manière consciente lorsqu'on adhère de manière réfléchie à la règle, mais aussi de manière inconsciente, en agissant par habitude et sans réflexion sur le sens de la norme. Cependant, le propre d'une norme est d'être connue, et non strictement appliquée : il existe toujours des individus qui pratiquent des transgressions*. »

[23] « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? », Rapport présenté par Mikaêl HAUTCHAMP, Pierre NAVES et Dominique TRICART, Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport 2005 026, Mars 2005.

[24] *L'accès aux droits sociaux en Europe*, Rapport présenté par Mary DALY, Editions du Conseil de l'Europe, octobre 2002. Synthèse présentée par Philippe WARIN, « L'apport des experts européens », *Informations sociales,* 2004.

Types d'obstacles	Caractéristiques
Enoncé du droit et adéquation de ses mesures d'application légales et autres.	- Manque de précision du droit - Limitation du droit à certaines catégories de population - Lacunes du filet de protection sociale - Absence d'un seuil de base ou d'un critère minimal - Conditions restrictives à l'accès ou au statut d'ayant droit - Inadéquation entre la nature des dispositions et le besoin à satisfaire.
Suivi et application inadéquats	- Suivi inadéquat - Protection inadéquate contre la non-exécution du droit - Discrimination et/ou traitement différentiel - Responsabilité insuffisante envers les usagers.
Ressources insuffisantes	*Du point de vue des prestataires* - Insuffisance de nombreuses ressources (financement, personnel, installations, équipement) - Incapacité à garantir ou à fournir les ressources à long terme - Déséquilibre dans l'affectation des ressources aux différents échelons de l'administration *Du point de vue des ayants droits potentiels* - Insuffisance de nombreuses ressources : financières, intellectuelles et éducatives, aptitudes et contacts sociaux.
Gestion et procédures	- Dilution des responsabilités entre les différents niveaux de l'administration et entre les services - Manque d'intégration et de consultation avec les ONG et les usagers - Complexité des procédures - Obstacles liés aux modalités de prestation de service.
Information et communication	- Absence d'une information de bonne qualité - Inadéquation de la forme et du contenu de l'information fournie - Utilisation insuffisante des « nouveaux » canaux d'information

Obstacles psychologiques et socioculturels	*Concernant les prestataires* - Préjugés à l'égard de certains groupes - Compréhension insuffisante des cultures minoritaires *Concernant les ayants droit potentiels* - Peur et insécurité liées aux procédures administratives et à leurs modalités concrètes - Faible estime de soi - Obstacles culturels
Attention insuffisante accordée aux groupes vulnérables et aux régions défavorisées	*Groupes vulnérables* - Existence de catégories sociales défavorisées qui manquent des ressources nécessaires pour faire valoir leurs droits aux prestations et aux services - Cumul des difficultés chez ces catégories sociales *Régions défavorisées* - Existence de régions ou de localités particulièrement défavorisées - Absence d'investissements dans certaines communautés et localités - Obstacles climatiques et géographiques contribuant à l'isolement de certaines zones ou régions.

Le rapport DALY attire aussi le regard sur des causes personnelles qui mettent les services et les droits hors de portée des individus qui en ont le plus besoin : *« interruptions précoces de la scolarité, problèmes liés au manque d'instruction et à l'illettrisme, manque de confiance en soi et absence de certaines aptitudes en matière de gestion du temps ou de la capacité à travailler en groupe, à faire des choix ou à prendre des décisions. »*

Ce que précise Philippe WARIN, en mettant aussi l'accent sur les représentations des prestataires à l'égard de la population ayant droit, et leurs conséquences sur le traitement des demandes : « *Les différences de niveaux d'instruction, de maîtrise de la langue d'usage, d'expériences sociales, rendent forcément inégales les conditions d'accès aux droits. Le rapport DALY note cependant l'impréparation des prestataires face à cette diversité ; des prestataires qui préfèrent se retrancher bien souvent derrière une représentation administrative et impersonnelle des ayants droit.* » (Warin, 2007)

2-2 Les hypothèses et les variables retenues pour l'étude

Comme nous venons de le voir précédemment, le non recours aux droits résulte d'une diversité de facteurs. Pour ce concerne notre étude, relative à des dispositifs de protection sociale complémentaire, nous avons fait l'hypothèse que le non recours pouvait être lié, de manière variable selon les individus et leurs caractéristiques sociales :

- A leur rapport aux droits,
- A leur rapport à la santé, à la maladie et au système de soins,
- A leur rapport aux administrations et aux institutions,
- A leur rapport identitaire à leur situation sociale.

Le rapport aux droits

La CMUC, comme l'ACS, constituent des dispositifs spécifiques de couverture complémentaire pour une population spécifique. Le bénéficiaire doit faire valoir ses droits, y compris les allocataires du RMI[25], auxquels la CMUC est accordée sans examen de ressources. Cette démarche peut constituer déjà en elle-même un premier frein dans le recours aux droits. En effet, ici est-il demandé implicitement aux personnes de devoir manifester qu'elles s'identifient elles-mêmes aux catégories qui les désignent et qu'elles fassent usage de cette nouvelle identité dans un certain nombre d'interactions. Cette identification par catégorisation impose à des individus la manière dont ils doivent voir leur propre vie ; et ce sont aussi des catégories de jugement.
Par ailleurs, connaître ses droits ne suffit pas, il est également nécessaire d'en connaître le mode d'emploi, ce qui renvoie aux différents modes d'information et de communication mis en œuvre, et à leur accessibilité.

Le rapport à la santé, à la maladie et au système de soins

La perception de la santé est influencée par la qualité de l'insertion sociale des individus. Plus l'insertion est de qualité, plus la probabilité de se déclarer en bonne ou très bonne santé est forte.
Par ailleurs, selon les catégories sociales, la perception individuelle de la santé, la connaissance et la reconnaissance des problèmes de santé, sont fortement variables. Pour une partie des personnes en situation de précarité, la santé ne constitue pas une priorité dans leur vie.
Concernant les représentations de la maladie, il apparaît dans les études conduites à ce sujet que la « *maladie-sanction* » et la « *maladie destinée* » seraient des représentations significatives dans le non recours aux soins[26].

[25] Revenu Minimum d'Insertion
[26] Georges MENAHEM, « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses », Working Paper, Mars 2000.

Enfin, le mode de recours aux soins est très différent selon la situation socio-économique des individus. Les plus pauvres ont souvent recours aux soins hospitaliers ou d'urgence. Lorsqu'ils ont recours à la médecine en ville, c'est plutôt à un généraliste qu'à un spécialiste ou un chirurgien-dentiste.

Le rapport aux administrations et aux institutions

Le public en situation de précarité est contraint à une multiplicité de relations administratives, relations a priori bureaucratiques et impersonnelles, avec d'éventuels effets de domination. Par ailleurs, les personnes en situation de précarité sont susceptibles de craindre le stigmate dans leur rapport avec les institutions. Etre reconnu et/ou catégorisé comme « pauvre » ou « en difficultés » est socialement difficile à surmonter, et ce processus d'identification s'effectue au moment de la demande d'aide. Le caractère critique de l'interaction peut-être accentué par le fait de dévoiler une partie de soi, de son intimité, à une personne étrangère, représentant une institution.
Par ailleurs, vis-à-vis des populations en situation précaire et instable, le niveau d'exigence administrative croit en proportion inverse de leurs moyens d'y faire face : les formulaires administratifs sont complexes à remplir, et d'autre part, c'est bien souvent lorsqu'on a le moins a de ressources, que l'on en demande le plus de justifications.

Le rapport identitaire

La dépréciation et la dévalorisation de soi peuvent être les conséquences de la situation de pauvreté ou de précarité, ce qui détermine un besoin de reconnaissance sociale[27]. Chacun demande le droit d'être reconnu comme « personne » avant d'être reconnu comme « cas social ». L'estime de soi peut être définie comme la valeur que l'individu attribue à ses capacités en conséquence de l'approbation des autres : elle constitue la traduction subjective de l'acte de reconnaissance[28]. En cas de réprobation, explicite ou implicite, l'estime de soi est bien sûr susceptible de se trouver profondément altérée.

Les variables

Les attitudes et les représentations sont par ailleurs susceptibles de varier au regard de certaines caractéristiques sociales de la population concernée.

Nous en avons retenu dix *a priori* dans le cadre de cette étude :

[27] Marc COLLET, « Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interaction avec les logiques de santé » Mémoire de DEA de Sociologie, Paris 8, Septembre 2001.
[28] Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance,* Cerf, 2000.

Le statut social

La population en situation de précarité connaît fréquemment une instabilité et une complexité de sa situation à l'égard de l'emploi et du chômage. De même, le statut familial peut-être marqué par une instabilité et des modifications fréquentes. Une étude de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) montre ainsi que les dépressions sévères[29] sont respectivement 7 et 1,6 fois plus fréquentes chez les hommes et les femmes bénéficiaires du RMI que dans la population témoin. L'instabilité des ressources, liée à la précarité de l'emploi, peut compliquer l'accès à la CMU-C ou à l'ACS et induire des renoncements pour des soins onéreux.

La variable chômage peut augmenter par ailleurs les probabilités d'être en non recours : dégradation statutaire de la personne, repli sur soi, isolement social.

Le genre

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à bénéficier de ressources inférieures au seuil de pauvreté. Et, selon différentes études, elles sont plus nombreuses à renoncer à des soins[30]. De plus, certains soins leur sont spécifiques : soins gynécologiques, frottis, mammographie, etc. Ayant des enfants, elles ont fréquemment tendance à faire passer la santé de ceux-ci avant la leur.

L'âge

Les jeunes bénéficient d'une moins bonne protection sociale. De plus, les jeunes s'inscriraient plus que d'autres dans une logique de résistance aux soins. Ceux qui connaissent un cumul de difficultés (rupture familiale, niveau de diplôme bas, sans ressources, hébergement précaire, etc.) seraient potentiellement enclins au non recours aux soins.

Les personnes âgées sont elles aussi concernées : les anciennes générations ne consomment pas la médecine de la même manière que les plus jeunes (habitude d'un système de soins moins développé qu'aujourd'hui, poids de l'automédication…) ; elles attendent davantage avant de consulter et consultent peu en urgence.

La nationalité

Les éventuelles difficultés linguistiques peuvent rendre difficile la maîtrise des termes administratifs et médicaux. Ses conséquences se font ressentir sur chacune des dimensions du non recours : au sujet des droits à l'assurance maladie (dans l'information, la démarche pour les faire valoir, etc.), de la démarche de contact avec un établissement de soin (prise de rendez-vous,

[29] Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Etat de santé et recours aux soins dans les zones urbaines sensibles - Données issues de l'Enquête décennale santé 2002-03.

[30] Michel GRIGNON, Agnès COUFFINHAL, Paul DOURGNON, Florence JUSOT, Florence NAUDIN, « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé », IRDES, Rapport de recherche, juin 2004.

déplacement, etc.), de la consultation (explication des symptômes, compréhension du diagnostic, etc.), de l'observance du traitement.
Les modes de socialisation familiale peuvent également faire émerger des particularités culturelles (préférence par exemple pour des méthodes « traditionnelles » de soins, etc.).

Le niveau d'éducation
La non demande de protection sociale aurait tendance à concerner les moins scolarisés puisque déterminée en partie par l'aptitude à entrer en relation avec les administrations. L'âge d'interruption des études peut servir d'indicateur. La variable éducation jouerait sur l'écart à la médecine en général et au médecin en particulier[31] : attitudes de patience et de résistance, recherche d'une autonomie personnelle (se débrouiller par soi-même), remise en cause de l'efficacité et de l'utilité de la médecine, notamment en termes de soins préventifs (« ça ne sert à rien »).
La variable éducation aurait aussi un lien avec l'expression des maladies : difficultés à verbaliser sa douleur et ses symptômes.

La trajectoire personnelle
Les attitudes à l'égard des institutions dépendent en partie des modes de socialisation depuis la jeunesse et des ruptures intervenues dans les apprentissages sociaux. Lorsque le lien de filiation et le lien d'intégration sont rompus ou fragilisés depuis l'enfance, il existe une forte probabilité que le lien de citoyenneté, fondé sur la participation aux institutions, soit également rompu ou à la limite de l'être. Certaines ruptures sociales vécues pendant l'enfance augmentent par ailleurs le risque d'être confronté à des difficultés à l'âge adulte[32].

La trajectoire résidentielle
L'instabilité du logement semble jouer un rôle dans les difficultés à accéder à des prestations et également en matière de renoncement aux soins. L'environnement social dans lequel le logement est situé a aussi son influence, quant à l'offre de santé disponible, en quantité et en qualité. La distance géographique aux institutions de protection sociale et à l'offre de santé peut également induire des renoncements pour les personnes rencontrant des difficultés de mobilité et d'autonomie (difficultés à se mouvoir à cause de troubles fonctionnels, à s'orienter dans la ville, à utiliser les transports en commun, etc.)

[31] C. HERZLICH - Santé et maladie - Analyse d'une représentation sociale, Paris, La Haye, Mouton, 1969.
[32] Voir par exemple : Isabelle PARIZOT, Sylvain PECHOUX, Fabienne BAZIN, Pierre CHAUVIN, « Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la politique de la ville du 20ème arrondissement de Paris », Rapport pour la Mission Ville de la Préfecture de Paris, Septembre 2004.

IRTS Ile de France Montrouge / Neuilly sur Marne
1, rue du 11 novembre – 92120 MONTROUGE
Tel : 01 40 92 01 02
Département Etudes et recherche – Tel : 01 40 92 35 02

La trajectoire en matière de protection sociale

Avoir bénéficié au cours de sa vie d'une protection sociale complémentaire (mutuelle ou aide médicale) a pu favoriser une socialisation à ces dispositifs (compréhension de leur fonctionnement et de leur intérêt), et le recours à des droits spécifiques, quand ceux-ci sont mis en place par le législateur.

Le réseau social (soutien social)

Les comportements liés à la santé sont orientés plus ou moins par l'entourage. Il semble que le renoncement aux soins soit plus fréquent chez les ménages de petite taille. Par ailleurs, le réseau social est un facteur protecteur en cas de difficultés de vie (mobilisation de ressources matérielles et affectives, aide dans la vie quotidienne).

Le capital santé

Les difficultés de santé peuvent notamment altérer la mobilité et rendre complexes les déplacements vers les administrations. Elles peuvent également, quant elles affectent l'estime de soi, conduire à des attitudes de retrait et de non recours.

L'ensemble de ces indicateurs et de ces variables a constitué le cadre de référence, pour l'élaboration du questionnaire établi pour la réalisation de cette étude.

II. Méthodologie d'enquête

1. La conception du questionnaire

La conception du questionnaire a visé à décliner en indicateurs, les hypothèses et variables préalablement élaborées. Le questionnaire *(cf. Annexe 1)* comprend 150 questions, dont la plus grande partie est fermée. Nous avons, cependant, tenu à faire figurer un certain nombre de questions ouvertes, de manière à recueillir l'expression directe ou les commentaires des personnes interrogées.

Sept thèmes généraux ont été abordés dans le questionnaire :

- la connaissance des dispositifs CMUC et Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé[33],
- le recours aux droits,
- le rapport aux administrations,
- le rapport à la Caisse d'Assurance Maladie,
- le rapport à la santé et à la maladie,
- l'estime de soi
- le rapport au système de soin.

Les réponses aux questions ouvertes se sont révélées particulièrement utiles pour comprendre les comportements et attitudes de certaines personnes, face aux différents domaines.

La grille du questionnaire a été mise en forme à partir du logiciel SPHINX[34], et plus particulièrement à partir de SPHINX Primo.

2. La sélection des lieux d'enquête et de la population cible

Nous avons choisi de réaliser l'enquête au sein de foyers et résidences sociales de région parisienne, gérés par différentes institutions : Sonacotra (dénommé aujourd'hui Adoma), Adef, et Aftam. Ces établissements accueillent, comme on le verra ultérieurement, une population en situation de précarité sociale et financière, ce qui nous autorisait à penser qu'une partie d'entre elle relevait des dispositifs de la CMU C ou de l'ACS.

[33] Ce dispositif s'appelle au moment de l'enquête « Crédit d'Impôt » ou « Aide à la Mutualisation » : c'est ce second terme que nous avons utilisé dans le cadre du questionnaire.
[34] Logiciel d'enquête et d'analyse des données. Ce logiciel est composé de trois logiciels : SPHINX primo, SPHINX Plus² et SPHINX Lexica.

La méthodologie de cette enquête avait été élaborée de manière spéculative, sur la base d'une estimation statistique établie au cours d'études[35] précédentes au sein de foyers et résidences sociales :

- une estimation globale de quelques 50% des résidents de ces établissements disposant de ressources inférieures au plafond requis pour bénéficier de l'ACS, incluant de fait les niveaux de ressources permettant l'accès à la CMUC.
- Une fréquence estimée à environ un quart à un tiers des résidents ne faisant pas valoir l'intégralité de leurs droits, la CMUC ou l'ACS pouvant en faire partie.

L'objectif était de sélectionner des établissements dont la population résidente présentait des profils relativement diversifiés selon différents critères tels que l'âge, le sexe, la nationalité, le statut socioprofessionnel, etc. Initialement, le chiffre escompté en termes de passation était de 400 à 500[36] questionnaires.

3. Organisation de l'enquête

L'équipe d'enquête a été composée de trois coordinatrices (formées en sociologie ou en psychologie sociale) et d'une dizaine d'enquêteurs encadrés par le responsable d'études. Tous avaient une expérience et/ou une formation dans le domaine de l'intervention sociale (étudiant(e)s en service social, chargés d'études, etc.).

Les coordinatrices avaient une triple mission :

- celle de préparer le terrain d'étude avant l'arrivée des enquêteurs (prendre contact avec les responsables, obtenir les listings des résidents indiquant leurs niveaux de ressources et prendre connaissance des lieux ainsi que du mode d'accès pour entrer dans les unités de vie, recenser le nombre de bénéficiaires potentiels de la CMUC et de l'ACS, distribuer dans les boîtes aux lettres une lettre

[35] Diagnostics sanitaires et sociaux, élaborés par les gestionnaires de foyers travailleurs migrants et les DDASS, inscrits et financés dans le cadre des PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins). Des indicateurs comme l'inadaptation du bâti, le fort vieillissement des résidents et une précarisation de la population (jeunes, chômeurs, invalides, etc.) ont amené responsables politiques, administrations et gestionnaires de foyers de travailleurs migrants à repenser le rôle et la fonction première de ces lieux en les réhabilitant et en leur délivrant le statut de résidence sociale (rénovation du bâti, projet social). Les objectifs de ces diagnostics sont de :

- connaître l'état de santé des résidents, ainsi que leur niveau de protection sociale,
- comprendre les différents obstacles qu'ils rencontrent en matière d'accès aux soins,
- analyser leurs pratiques et leurs représentations en matière de recours aux soins,
- apprécier la connaissance – ou la méconnaissance - de cette population par les professionnels, les services, les structures de proximité intervenant dans le champ de la santé et de l'action sociale.

[36] Chiffre permettant statistiquement d'obtenir des taux de significativité.

d'information adressée aux résidents retenus et/ou afficher plusieurs notes d'information),
- celle d'encadrer et de coordonner les enquêteurs (remise des listings, répartition des foyers et des bâtiments, récupération des questionnaires et vérification, etc.)
- et enfin celle d'enquêter.

Chaque coordinatrice encadrait 2, 3 voire 4 enquêteurs[37]. Ces derniers avaient comme objectif de réaliser la passation d'un certain nombre[38] de questionnaires mais aussi d'informer chaque enquêté rencontré des démarches à suivre pour recourir à la CMUC et/ou à l'ACS.

4. Le traitement statistique des données

Le traitement des données a été réalisé également à partir du logiciel SPHINX Plus². Ce logiciel intègre des techniques d'analyse multidimensionnelle plus avancées (analyse factorielle, typologie, etc.) et permet d'analyser tout fichier contenant des nombres et/ou du texte, quelle que soit son origine (traitement des questions ouvertes, des interviews non directives, etc.)

III. Description de l'enquête

Il nous semble important de resituer, en premier lieu, quelques données contextuelles générales relatives à l'environnement dans lequel s'est déroulée l'enquête pour ensuite mieux appréhender ses différentes phases et les difficultés rencontrées.

1. Données contextuelles sur le terrain d'étude et sa population

1.1 Le contexte « social»

Si les foyers étaient au départ réservés à des populations particulières, les « travailleurs migrants », ils tendent de plus en plus à héberger aujourd'hui deux types de populations :

[37] Leur nombre variait selon le nombre de sites ouverts.
[38] Le nombre était fixé en fonction de celui de l'échantillon de chaque foyer.

- Ces mêmes travailleurs migrants qui sont pour la plupart aujourd'hui à la retraite.
- Une population nouvelle qui n'est pas spécifiquement immigrée et qui est constituée de personnes en situation de précarité (jeunes en insertion, allocataires du RMI, chômeurs, réfugiés politiques, familles monoparentales, etc.). Face à la crise du logement et à l'urgence des situations, des services sociaux ou des associations trouvent dans les foyers un logement transitoire à « faible coût ». A noter que le caractère transitoire se transforme vite en une sédentarisation forcée pour les personnes, du fait de demandes de logement déposées auprès des traditionnels bailleurs sociaux, qui se révèlent infructueuses (Ils retombent dans le même schéma d'assignation à résidence, que la population traditionnelle).

La population demeurant dans ces établissements est majoritairement masculine, se situant dans une tranche d'âge allant de 25 à 80 ans. Même si dans la sélection des sites a été recherchée une mixité à l'égard du genre (à égale proportion si possible), la réalité du faible effectif de femmes vivant en foyers s'est d'elle-même imposée[39].

La population est généralement isolée sur le plan relationnel (les résidents sont isolés, "célibatairisés" - leur famille demeurant toujours dans leur pays d'origine - ou célibataires, en rupture familiale, conjugale et parentale). Elle est également souvent en situation de rupture sociale, sans groupe d'appartenance ou dans des relations fragiles vis à vis de la communauté d'origine.

Elle se trouve aussi en situation de précarité, et par conséquent relativement isolée sur le plan professionnel (retraités ou pré-retraités, chômeurs de longue durée, salariés en intérim sans qualification professionnelle, travailleurs handicapés, allocataires du RMI, etc.).

1.2 Le contexte « résidentiel »

En termes d'habitat, les foyers et/ou résidences sociales se déclinent généralement en trois grandes catégories :

[39] « …En effet la représentation collective du foyer Sonacotra, dans le sens commun comme dans la littérature sociologique, renvoie plutôt à l'image d'un homme seul habitant là pour les seules nécessités de son activité professionnelle. Cependant depuis le milieu des années 1980 l'entrée, certes peu massive, des femmes dans les résidences conduit à nuancer cette vision en atténuant légèrement le dimorphisme sexuel de la structure de la population… » in BERNARDOT M. (1995). « Le mode de vie des résidents en foyers pour isolés à la Sonacotra », La Documentation Française, Sonacotra, Paris.

- des foyers de taille intermédiaire, offrant des logements de type F6[40] et construits avant 1967. Ils sont de petite hauteur, rarement supérieure à quatre étages. Ces bâtiments sont distribués par couloir central, ce qui entraîne une répartition des unités de vie en double par pallier.
- des foyers de grande taille, offrant des logements de type F1/2, construits entre 1967 et 1975. Ce sont des bâtiments construits sur le mode de la barre haute qui offrent les plus grandes capacités avec des tailles souvent supérieures à 250 personnes.
- Enfin, des foyers de petite taille de types divers (F1, appartements) construits ou réhabilités depuis 1976.

Il faut entendre par unité de vie, un espace commun (cuisine, salle d'eau et toilettes) et un certain nombre de chambres soit collectives (soit 19m² pour 3 ou 4 lits / chambre), soit individuelle (4,5m² à 7,5m² / chambre). Le nombre de chambres peut varier entre 5 et 20 par unité. Sur l'ensemble des foyers visités, seules 4 résidences sociales offraient des logements de type F1/studio (kitchenette, salle d'eau et pièce principale),

Généralement, le foyer en tant que lieu de vie fait l'objet de nombreuses critiques par la plupart des résidents. Ce cadre de vie ne leur offre à l'heure actuelle aucune perspective de mobilité : ils partagent un même sentiment de "ghettoïsation" et de non reconnaissance en tant que citoyens à part entière.

En termes de gestion et de fonctionnement interne, chaque site est géré par un responsable. Ce dernier assure d'une part des fonctions de gestionnaire telles que tenir une permanence d'accueil, gérer l'encaissement des redevances et loyers[41], suivre les impayés, mettre à jour les dossiers CAF (ATL ou APL), assurer l'intendance du bâti et des logements (avec sous sa responsabilité, une équipe assurant l'entretien des parties communes, réparations, ménage, fourniture et blanchissage des draps, etc.), et d'autre part une fonction « sociale » lui demandant d'être à l'écoute des éventuelles difficultés rencontrées au sein du foyer telles que des problèmes de cohabitation, d'hygiène, etc.

[40] Les sigles qui suivent, concernant les types de foyers (F6, F1/2, F1) tirent leur origine des différents types de bâtiments issus des divers modes de financement du logement social mis en place par différents organismes financiers.
[41] Chaque mois, le résident s'acquitte d'une redevance qui inclut l'ensemble des frais inhérents à son logement : loyer, charges d'eau, de chauffage et d'électricité, mobilier, prestations collectives.

2. Procédure et déroulement de l'enquête

L'enquête s'est donc déroulée au sein de foyers et résidences sociales, gérés soit par la SONACOTRA (désormais ADOMA), soit par l'ADEF, soit par l'AFTAM, en région Ile-de-France[42] et ce en deux phases : la première durant la période du mois d'avril 2006 au mois de juillet 2006. Douze établissements avaient été sélectionnés en première intention. Le nombre de résidents rencontrés dans chacun de ces établissements se révélant insuffisant, l'échantillon a été élargi au total à 20 établissements. La seconde phase a eu lieu durant la période d'octobre 2006 à décembre 2006 avec la mise à disposition de 9 nouveaux sites (élargissement du terrain d'étude afin de tenter d'atteindre le nombre de questionnaires escompté). Par conséquent, 29 foyers ont été sélectionnés au total, hébergeant plus de 6000 personnes.

2.1 Le mode de sélection de la population éligible

Pour recenser le nombre de résidents éligibles aux prestations CMUC et ACS, nous avons demandé à chaque responsable d'établissement rencontré l'éventuelle mise à disposition d'une liste sur laquelle apparaissaient les informations suivantes : les numéros de chambre et les montants mensuels ou annuels des revenus et/ou des APL/ATL[43] (les autres données socio-économiques n'étant pas nécessaires immédiatement car elles étaient demandées le cas échéant dans le questionnaire).

Concernant cet outil, il est important de préciser que les ressources indiquées[44] se réfèrent non pas à celles de l'année en cours N (2006) mais à celles de l'année précédente N -1 (2005). Pour pallier cette contrainte informationnelle, deux questions introductives au questionnaire étaient posées aux résidents préalablement sélectionnés. Ces questions permettaient de vérifier la concordance entre les ressources indiquées et celles réellement perçues.

Pour la première phase, la population échantillonnée est définie par les résidents dont les revenus sont inférieurs à 625 € par mois, après déduction forfait APL (plafond fixé pour l'ACS au 1er juillet 2005). A partir de cet échantillonnage, sont distinguées les personnes éligibles à la CMUC de celles éligibles à l'ACS, la distinction se faisant à partir du plafond fixé pour la CMUC soit 537 € au 1er juillet 2005.

[42] Dans les départements suivants : 75, 91, 92, 93, 94, 94

[43] Aide Personnalisée au Logement / Aide Transitoire au Logement [cette dernière est une aide versée par le FAS pour toute chambre dont la surface est inférieure à 7 m2 et qui ne bénéficie pas de l'APL (aide personnalisée au logement). Son versement devait se terminer en 2002.]

[44] Il en est de même pour le montant de l'APL et de l'ATL.

L'échantillon de travail, pour la seconde phase, quant à lui fut restreint à la population dont les ressources étaient inférieures ou égales à 548 €, plafond fixé pour la CMUC au 1er juillet 2006, après déduction du forfait APL.. En effet, au regard des premières analyses réalisées à partir des données recueillies lors de la première phase, le non recours à l'ACS semblait s'expliquer en première intention, majoritairement par une méconnaissance de l'existence de cette prestation.

2.2 L'accès et l'entrée en relation avec la population concernée

L'expérience de terrain montre que l'entrée en relation avec la population résidant dans les foyers et résidences, semble de prime abord assez facile du fait d'un accueil chaleureux (cordialité, café ou thé proposé, etc.). Néanmoins, cette aisance ne garantit nullement la passation d'un questionnaire. En effet, la première réaction, après présentation, est généralement empreinte de méfiance[45].

Une courte période d'adaptation et de familiarisation tant pour les résidents que les chargés d'enquêtes est nécessaire. Cette première phase permet d'une part à la population de cerner l'équipe d'enquête et le bien-fondé de l'action menée et d'autre part, a l'équipe, de se familiariser avec le cadre de vie et le fonctionnement interne. Pour ce faire, en plus de la sensibilisation faite par le responsable du site, des notes d'information ont été distribuées dans les boites aux lettres et/ou affichées dans différents endroits, accompagnées d'échanges avec des résidents présents sur le moment et parfois la rencontre avec un représentant de l'amicale des résidents, dans les établissements où celle-ci est constituée.

Dans l'ensemble, si les enquêteurs n'ont eu à faire face qu'à un nombre restreint de refus de la part de résidents correspondant aux critères requis, ils ont été confrontés régulièrement à des situations où souffrances, difficultés, angoisses, culpabilités… se manifestaient explicitement ou non. Il est à noter que la majorité des personnes enquêtées a fait preuve d'une grande humilité dans l'acceptation de participer, alors qu'elle adopte fortement, en temps ordinaire, une position sociale de retrait.

C'est pourquoi, une écoute attentive des préoccupations du moment - problèmes liés au cadre de vie et/ou à des projets de réhabilitation, problèmes

[45] Alimentée par tout un vécu résidentiel et personnel, en passant par la venue de démarcheurs peu scrupuleux, des allers et venues d'associations, d'enquêteurs se soldant par l'absence d'actions ou de changements du cadre de vie, etc., mais aussi la crainte d'interventions du gestionnaire, des forces de l'ordre (difficultés à cerner si les chargés d'études ne sont pas réellement missionnés par une instance administrative), etc.

administratifs liés au statut socioéconomique, lecture du courrier, avis sur les actualités, etc. – était généralement nécessaire avant, durant et après la passation du questionnaire. A cet effet, chaque enquêteur avait en sa possession une liste d'associations et pouvait ainsi informer, conseiller et réorienter les résidents vers différentes structures sanitaires et sociales.

Si la présente étude avait comme objectif premier de comprendre les raisons de non recours à la CMUC ou à l'ACS au travers d'entretiens individuels directifs, rendre compte seulement de l'analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus à partir des questionnaires, en omettant tout le versant relationnel et humain vécu au cours de cette enquête par les chargés d'enquête, serait à nos yeux une perte d'informations conséquente pour les futures orientations qui seront réfléchies, proposées et/ou décidées par les instances en charge de cette mission.

Force est de noter que, durant la phase de réalisation, l'enquête a joué un rôle « social » conséquent auprès des personnes participantes concernant l'accès et le recours aux droits, et plus particulièrement à celui de la CMUC et de l'ACS.

2.3 Le cadre et la passation du questionnaire

Pour les trois résidences sociales et une dizaine de foyers, l'accès au logement et/ou à la chambre était « direct » c'est-à-dire sans nécessité d'avoir un « pass » pour y accéder. Pour le reste, les unités de vie étaient dotées chacune d'une porte verrouillée rendant ainsi l'accès aux chambres plus difficile. L'obtention de « pass » n'était pas systématique. Dans le cas de non obtention, les chargés d'enquête faisaient preuve de patience avant qu'une porte ne s'ouvre. En effet, beaucoup de résidents s'enferment dans leur chambre soit pour dormir soit pour regarder la télévision ou écouter la radio. Une fois lotis dans celles-ci, ils n'entendent pas forcément les bruits extérieurs. Néanmoins, dans l'ensemble, la présence du responsable et la coopération des participants ont permis de pallier cette contrainte.

Généralement, la passation des questionnaires s'effectuait soit dans la chambre du résident soit dans l'espace collectif (la cuisine ou la caféterie), ce dernier ayant parfois comme contraintes des allers-retours des autres résidents, la présence d'une tierce personne, des interruptions liées à la curiosité des résidents (demande de renseignements) ou de visites de courtoisie de résidents déjà rencontrés.

La passation du questionnaire était individuelle en face à face durant en moyenne trois quarts d'heure.

Les questions étaient certes rédigées en langue française mais comme le confirme en partie l'importance de la durée de séjour en France des enquêtés de l'échantillon ainsi que l'expérience de précédentes études, la quasi-totalité des items étaient compréhensibles par tous[46].

3. Les difficultés de l'enquête

En référence à la population source de l'enquête, nous espérions pouvoir interroger 400 à 500 résidents n'ayant pas fait valoir leurs droits à la CMUC ou à l'ACS. Si rien ne peut confirmer ou infirmer ces spéculations, force est de constater que, même en élargissant la population source, et dans les délais de réalisations de l'enquête, le chiffre escompté n'a pu être atteint, puisque seulement 242 questionnaires ont été recueillis.
Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour expliquer l'écart entre résultats escomptés et résultats réels.

Des difficultés relatives au terrain d'étude

Il est important de rappeler que même si les gestionnaires participants ont fait preuve d'une parfaite collaboration dans la mise à disposition de sites, cette dernière leur demandait néanmoins dans sa réalisation effective une certaine disponibilité.

De ce fait, les principales difficultés rencontrées se sont surtout situées au niveau de :

- **L'accès aux foyers** : l'ouverture de certains sites fut retardée et/ou annulée (en relation avec la disponibilité ou non du responsable de site au moment de la sollicitation).
- **L'absence de listing** des résidents : l'absence de listing introduisait, d'une part une inconnue quant au nombre de personnes éligibles et d'autre part, une perte de temps assez conséquente puisque cette méthode demandait de faire du porte à porte.
- **Des listings « N-1 »**: l'absence de mise à jour a biaisé considérablement les chiffres escomptés au départ (les critères de revenu mensuel et de statut indiqués se révélaient non conformes à la situation socio-économique déclarée par le résident. (Exemple : « allocataire du RMI » indiqué sur le listing alors que la personne se révèle salariée, changement de chambre, décès…). A noter aussi qu'un nombre considérable de personnes se situait juste au dessus du plafond de l'ACS (beaucoup de revenus se situant entre 670 € et 700 €).

[46] Sur l'ensemble de l'échantillon des résidents présents, seuls 6 résidents n'ont pu faire l'objet d'une passation du fait d'une non maîtrise totale du français.

Des difficultés relatives à la population :

Sur l'ensemble des foyers ayant fait l'objet de l'enquête, plus de la moitié avaient connu antérieurement la réalisation de diagnostics inscrits dans le cadre de PRAPS[47]. Même si la mise en place d'actions post-diagnostic reste généralement à un stade embryonnaire, des informations portant sur les droits avaient été généralement abordées et/ou délivrées durant les diagnostics.

De plus dans certains foyers et/ou résidences (environ une huitaine), des permanences de travailleurs sociaux étaient assurées une à deux fois par semaine[48]. Un foyer faisait même l'objet d'une action portant sur l'aide à la prise en charge de personnes vieillissantes (56 ans et plus) avec la présence d'un intervenant (rattaché à un CLIC) dont la mission se déclinait de la manière suivante : constitution de dossier CMUC ou ACS, suivi médical, information sur les droits en matière de couverture sociale et maladie, etc.

A cela, s'est ajouté un phénomène non négligeable qui est celui des « allers/retours » au pays d'origine ayant pour conséquence première l'absence « prolongée » de résidents[49].

Ces deux facteurs ont inévitablement eu les répercussions que sont :

- Une part plus forte qu'envisagée de personnes d'ores et déjà bénéficiaires de la CMU Complémentaire,
- Une part non négligeable de personnes potentiellement concernées, absentes régulièrement lors du passage de l'enquêteur.

[47] Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins.

[48] A noter que pour ces sites quelques questionnaires ont été tout de même réalisés. Généralement, les résidents enquêtés indiquaient leur connaissance de la permanence et de la mission des personnes présentes, certains disaient même avoir participé à des réunions d'information sur les différents droits et/ou prestations.

[49] « …*Pour les résidents salariés, les résidents plus âgés ou les étrangers, ce retour est une manière d'organiser le mode de vie particulier du migrant économique. Le mode de l'aller-retour se rencontre chez des résidents qui n'envisagent leur séjour dans le foyer que comme limité dans le temps. Les durées de séjour dans le pays d'origine sont quelquefois importantes par exemple chez les travailleurs saisonniers. Cela implique une organisation budgétaire particulière pour le financement de ces trajets. Le fait d'avoir des enfants augmente la fréquence des retours de même que la situation matrimoniale. Ce retour régulier est indispensable au maintien du lien familial, tant avec son épouse qu'avec ses enfants auprès desquels il faut perpétuer le sentiment d'une autorité paternelle. Ce retour est important aussi, tant pour la participation à la vie économique du village et aux prises de décisions essentielles que pour le maintien du prestige de migrant enrichi. Enfin l'aller-retour devient parfois un véritable mode de vie en particulier chez les préretraités et retraités, quand la formule adoptée est celle d'une migration pendulaire un peu particulière y compris avec des pays éloignés. Dans ces cas, l'année se partage en périodes passées alternativement dans le foyer et dans la résidence familiale*… » BERNARDOT M. (1995). « Le mode de vie des résidents en foyers pour isolés à la Sonacotra », La Documentation Française, Sonacotra, Paris

Par ailleurs, les enquêteurs se sont heurtés à un certain nombre de refus de réponse soit de personnes semblant éviter toute interaction, soit de personnes manifestant leur désintérêt pour l'enquête estimant parfois « *qu'elles en ont vu d'autres et que cela ne sert à rien* ».

S'ajoutent aussi à ces refus, ceux émis par des résidents ayants droit à l'ACS. Les résidents concernés ont effectivement justifié leur refus de répondre du fait qu'ils ne comprenaient pas pourquoi cette aide leur laissait un reste à charge alors qu'ils avaient largement cotisé durant leur vie professionnelle (remarques surtout émises par des personnes âgées).

IV – Les résultats statistiques de l'enquête : le taux de non recours

Sur ses deux phases, l'enquête s'est donc déroulée au total au sein de 29 établissements, hébergeant quelque 6000 personnes.

Pour huit établissements, les données ne sont pas complètes, le nombre de personnes éligibles ne pouvant être déterminé, tandis que le nombre de personnes rencontrées déjà bénéficiaires de l'un ou l'autre dispositif n'a pas été relevé avec suffisamment de fiabilité.

En revanche, au sein des vingt-et-un autres établissements, on comptabilise 557 personnes rencontrées éligibles à la CMUC, parmi lesquelles 132 n'en étaient pas bénéficiaires, soit **un taux de non recours s'établissant à 23,7 %.**

En ce qui concerne l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé, le taux de non recours ne peut être estimé, aucune des personnes éligibles rencontrées en ayant bénéficié. 75 personnes éligibles ont cependant été interrogées au sein de seize établissements.

ENQUETE SUR LE NON RECOURS A LA CMU-C
DONNEES STATISTIQUES

FOYER OU RESIDENCE SOCIALE	Nombre de personnes pouvant prétendre à la CMU-C (selon listing)	Nombre de personnes pouvant prétendre à l'ACS (selon listing)	Nombre de bénéficiaires CMU-C rencontrés	Nombre de bénéficiaires de l'ACS rencontrés	Nombre de non recours à la CMU-C rencontrés	Nombre de Non recours à l'ACS rencontrés
Sonacotra Argenteuil Butte Blanche	217	44	68	/	21	9
Sonacotra Argenteuil Parc	20	3	/	/	1	1
Sonacotra Argenteuil Les Indes	99	37	47	/	9	10
Sonacotra Argenteuil Quai Saint Denis	20	10	/	/	1	2
Sonacotra Bezons	55	34	8	/	1	1
Sonacotra Cormeilles en Parisis	57	18	/	/	1	4
Sonacotra Sannois Gambetta	105	26	36	/	11	4
Sonacotra Pierrefitte	Pas de listing		9	/	3	0
Sonacotra Saint Denis	Pas de listing		/	/	1	0
Sonacotra Chilly-Mazarin	Pas de listing		38	/	4	4
Sonacotra Ste Geneviève des Bois	Pas de listing		59	/	4	1
Adef Aubervilliers Ponceaux	140	29	56	/	12	10
Adef Saint Gratien	141	27	28	/	19	6

FOYER OU RESIDENCE SOCIALE	Nombre de personnes pouvant prétendre à la CMU-C (selon listing)	Nombre de personnes pouvant prétendre à l'ACS (selon listing)	Nombre de bénéficiaires CMU-C rencontrés	Nombre de bénéficiaires de l'ACS rencontrés	Nombre de non recours à la CMU-C rencontrés	Nombre de Non recours à l'ACS rencontrés
Aftam Thiais	45	n.d.	11	/	4	/
Aftam Courbevoie	59	n.d.	5	/	3	/
Aftam Choisy le Roi	41	n.d.	5	/	4	/
Aftam Vitry sur Seine (Concorde + Rondenay)	87	n.d.	16	/	9	/
Aftam Paris 12ème	55	n.d.	8	/	5	/
Aftam Paris 20ème	95	n.d.	12	/	9	/
Sonacotra Athis Mons	Pas de listing		6	/	4	9
Sonacotra Bagnolet	Pas de listing à jour		11	/	6	0
			425		**132**	**61**
Adef Paris Violet			?	?	*1*	2
Adef Thiais			?	?	*11*	7
Adef Champigny			?	?	*0*	1
Adef Choisy Le Roi			?	?	*11*	5
Adef Villemonble			?	?	*1*	/
Aftam Ivry sur Seine			?	?	*3*	/
Sonacotra Bobigny			?	?	*1*	/
Sonacotra Aubervilliers			?	?	*6*	/
TOTAL			**425**		**167**	**75**

Au total, pour les foyers pour lesquels les informations sont disponibles :

- **425 bénéficiaires de la CMU-C,**
- **132 non bénéficiaires.**
- **Ce qui donne un taux de non recours à la CMU-C (132 / 557) de : <u>23,7 %</u>**

DEUXIEME PARTIE :

COMPRENDRE LES RAISONS DU NON RECOURS

I. Caractéristiques de la population rencontrée

L'enquête se déroulant dans des lieux spécifiques - des foyers de Travailleurs Migrants, dont certains sont d'ores et déjà transformés en résidences sociales -, l'échantillon présente nécessairement des caractéristiques dominantes au niveau du genre et de la nationalité et ce même en ayant tenté de choisir des établissements présentant une relative mixité :

- Une majorité d'hommes : 89,7 %
- Une majorité de personnes nées à l'étranger : 83,5 % (parmi eux, 79,1 % vivent cependant en France depuis plus de dix ans)

En revanche, l'échantillon se présente de manière plus diversifiée au regard d'autres critères.

a) L'âge : si l'ensemble des tranches d'âge est représenté, l'échantillon est composé pour près de moitié par des personnes âgées de plus de 55 ans.

AGE	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 25 ans	15	6,2%
25 à 34 ans	43	17,8%
35 à 44 ans	24	9,9%
45 à 54 ans	38	15,7%
55 à 64 ans	75	31,0%
65 à 74 ans	38	15,7%
Plus de 75 ans :	9	3,7%
TOTAL CIT.	**242**	**100%**

b) Le statut social : l'échantillon reflète la précarité des situations sociales observable dans l'ensemble des établissements choisis, soit une minorité de salariés (18,4 % dont l'essentiel en situation d'emploi précaire), une forte proportion de chômeurs ou allocataires du RMI (37,9 %), une part importante de retraités (23,4 %)

STATUT EMPLOI	Nb. cit.	Fréq.
Salarié en CDI	6	2,3%
Salarié à temps partiel	25	9,6%
Salarié en CDD	2	0,8%
Salarié en Interim	15	5,7%
Chômeur indemnisé	65	24,9%
Allocataire du RMI	34	13,0%
Allocataire de l'AAH	5	1,9%
Invalidité	11	4,2%
Retraité	61	23,4%
Autre	37	14,2%
TOTAL CIT.	**261**	**100%**

Autres = chômeur non indemnisé, rupture de droits, étudiant…
Le nombre de citations es supérieur à 242 du fait de personnes ayant un double statut (étudiants – noté en autres- salariés)

c) La situation familiale : l'échantillon est composé exclusivement de personnes isolées sur le plan résidentiel, même si une partie d'entre elles sont mariées (47,9%) notamment parmi les travailleurs migrants dont la famille demeure toujours dans le pays d'origine.

SITUATION FAMILIALE	Nb. cit.	Fréq.
Célibataire	89	36,8%
Marié(e)	116	47,9%
Divorcé(e) ou séparé(e)	37	15,3%
Veuf(ve)	0	0,0%
TOTAL CIT.	**242**	**100%**

d) Le niveau d'études : seule une minorité de la population composant l'échantillon dispose d'un niveau d'études égal au supérieur au baccalauréat (21,1%) ; en revanche, près de la moitié (43,4%) n'a jamais été scolarisée, principalement des travailleurs migrants.

NIVEAU SCOLAIRE	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,4%
Jamais scolarisé	105	43,4%
Ecole coranique	10	4,1%
Ecole primaire	29	12,0%
BEPC	20	8,3%
BEP/CAP	26	10,7%
Baccalauréat	19	7,9%
Bac + 2	3	1,2%
Supérieur à Bac + 2	29	12,0%
TOTAL CIT.	**242**	**100%**

e) Les difficultés de maîtrise de la langue française : le faible niveau de scolarisation explique l'analphabétisme ou l'illettrisme d'une proportion importante de l'échantillon – 33,9 % ne savent ni lire, ni écrire, et 24,4 % reconnaissent d'importantes difficultés en la matière.

DIFFICULTES LANGUE	Nb. cit.	Fréq.
Je ne sais ni lire ni écrire	82	33,9%
Je sais lire et écrire mais j'ai beaucoup de difficultés	59	24,4%
Je n'ai pas de problèmes	101	41,7%
Autres	0	0,0%
TOTAL CIT.	**242**	**100%**

f) L'évaluation du réseau social : l'isolement relationnel constitue une caractéristique importante pour près de la moitié de l'échantillon, 46,6 % déclarant disposer d'un réseau social « inexistant » ou « très réduit ».

RESEAU SOCIAL	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	0,8%
Important	96	39,7%
Peu important	31	12,8%
Très réduit	79	32,6%
Inexistant	34	14,0%
TOTAL CIT.	**242**	**100%**

Ces caractéristiques confirment la forte précarité tant sur le plan du statut social, que sur le plan relationnel, de la population auprès de laquelle a été conduite l'enquête.

II – Les logiques de non recours à la CMUC et à l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Sur les 242 questionnaires recueillis, 167 (68,6 %) concernent un non recours à la CMU-C, et 75 (31,4 %) concernent un non recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ici nommée : « aide à la mutualisation »)

➢ Degré de connaissance de la CMU-C

CONNAISSANCE CMU-C	Nb. cit.	Fréq.
Je n'en ai jamais entendu parler	45	26,9%
J'en ai déjà entendu parler mais je ne sais pas exactement de quoi il s'agit	29	17,4%
J'en connais l'existence mais je ne l'ai jamais demandé	21	12,6%
Je l'ai demandé mais je ne l'ai pas obtenu	33	19,8%
Je l'ai obtenu pendant un temps mais je n'ai pas renouvellé ma demande	36	21,6%
Autres	3	1,8%
TOTAL CIT.	**167**	**100%**

➢ Degré de connaissance de l'ACS

CONNAISSANCE ACS	Nb. cit.	Fréq.
Je n'en ai jamais entendu parler	65	86,7%
J'en ai déjà entendu parler mais je ne sais pas exactement de quoi il s'agit	4	5,3%
J'en connais l'existence mais je ne l'ai jamais demandé	2	2,7%
Je l'ai demandé mais je ne l'ai pas obtenu	4	5,3%
TOTAL CIT.	**75**	**100%**

Ces premiers résultats indiquent clairement que le dispositif « Aide à la Mutualisation » (ACS) est très peu connu, tout au moins au sein de la population auprès de laquelle a été conduite l'enquête. Cette méconnaissance, totale ou partielle, se révèle moins répandue pour ce qui concerne la CMU-C : plus de la moitié (55,8 %) des personnes interrogées en connaissent l'existence, même s'ils n'en sont pas bénéficiaires aujourd'hui, alors que leur niveau de ressources leur en ouvrirait la possibilité.

De même, la population éligible apparaît mal connue : le critère des conditions de ressources est fréquemment ignoré, surtout pour l'aide à la mutualisation (ACS) ; la CMU-C est perçue, pour 18,7 % des personnes interrogées qui pourraient en relever, comme réservée aux allocataires du RMI.

Connaissance Population cible Type de non recours	A tout le monde	Seulement à des personnes qui travaillent	Seulement aux allocataires du RMI	Seulement aux personnes ayant la CMU de base	A des personnes sous conditions de ressources	Ne sait pas	Autres	TOTAL
CMU C	0,6 %	1,2 %	18,7 %	3,0%	48,2%	24,1%	12,0%	100 %
ACS	7,9 %	7,9 %	5,3 %	3,9%	27,6%	50,0 %	1,3%	100 %
Total	2,9 %	3,3 %	14,5 %	3,3%	41,7%	32,2 %	8,7%	100 %

Autres : « Les gens démunis », « Sans papiers », « détenus libérés »l, « SDF », « Personnes âgés ou handicapées », « Aux personnes malades »…

Autant que la population éligible, le lieu de constitution d'une demande n'est pas clairement identifié : plus d'un tiers l'ignorent pour la CMU-C, près des trois quarts, pour l'aide à la mutualisation (ACS).

CONNAISSANCE LIEU DEMANDE **TYPE DE NON RECOURS**	Oui	Non	**TOTAL**
CMU COMPLEMENTAIRE	61,4%	38,6%	**100%**
ACS	27,6%	72,4%	**100%**
TOTAL	**50,8%**	**49,2%**	**100%**

Ces éléments confirment que le manque d'information se situe, pour une partie de la population éligible, à différents niveaux : méconnaissance du dispositif en lui-même, mauvaise compréhension des règles d'attribution et de sa propre éligibilité, méconnaissance des lieux où s'adresser pour formuler une demande.

Ce dernier point se confirme lorsqu'on interroge les personnes sur la connaissance d'un lieu où ils peuvent s'adresser de manière générale pour obtenir des renseignements sur leurs droits : plus de la moitié d'entre elles ignore où elle pourrait obtenir des informations en la matière.

CONNAISSANCE LIEU INFO DROITS **TYPE DE NON RECOURS**	Oui	Non	**TOTAL**
CMU COMPLEMENTAIRE	44,6% (74)	55,4% (92)	**100% (166)**
ACS	42,1% (32)	57,9% (44)	**100% (76)**
TOTAL	**43,8% (106)**	**56,2% (136)**	**100% (242)**

Pour les autres, il conviendrait de s'adresser principalement, soit à la Mairie, soit à la Préfecture, soit encore à une assistance sociale.

De fait, le mode d'information sur les droits en général, reste pour ces personnes, fréquemment informel, par le canal du « bouche à oreille » par un membre de la famille, un ami ou collègue.

TYPE DE NON RECOURS INFO DROITS	CMU C	A.MUT.	TOTAL
A un membre de la famille	10,8%	10,5%	**10,7%**
A un ami ou collègue	36,1%	32,9%	**35,1%**
Au responsable de la résidence	3,0%	6,6%	**4,1%**
A un(e) assistant(e) social(e)	31,3%	32,9%	**31,8%**
Aux services de la mairie	12,7%	5,3%	**10,3%**
A l'institution concernée	15,1%	18,4%	**16,1%**
A un écrivain public	4,2%	3,9%	**4,1%**
A personne	13,9%	15,8%	**14,5%**
Autres	4,8%	7,9%	**5,8%**
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**

Ceux qui connaissent l'un ou l'autre des dispositifs, en ont ainsi été informés pour une part de manière informelle (41,4 % par un membre de la famille, un ami ou collègue), pour une autre part (39,7 %), par un professionnel (principalement un travailleur social, plus rarement un professionnel de santé).

SOURCE INFO	Nb. cit.	Fréq.
Un ou des membres de ma famille	10	8,3%
Un ami ou collègue	40	33,1%
Un travailleur social	38	31,4%
Un professionnel de santé	10	8,3%
Autres	23	19,0%
TOTAL CIT.	**121**	**100%**

Autres : « un dépliant », « A la télévision », « A l'ANPE », « A la mairie »...

L'information, quand elle est ainsi transmise de manière informelle, peut dans bien des cas se révéler imprécise ou incorrecte, et induire tant des demandes injustifiées, que l'absence de demande quand les renseignements communiqués sont erronés, et laissent présager d'une non éligibilité.

1 – Le non recours à la CMU-C

Le non recours à la CMU-C procède pour une partie de la population éligible d'un déficit d'information. On constate cependant une corrélation entre cette méconnaissance et le degré de maîtrise de la langue française : c'est au sein de la population déclarant « ne pas savoir lire ni écrire » que l'absence d'information se révèle le plus répandu. Ce constat pose le problème de la conception et de la diffusion d'une information accessible à tous, et de la fonction indispensable de médiateurs aptes à relayer cette information auprès de tous ceux qui n'ont pas accès aisément à la lecture ou à la compréhension de la forme écrite.

DIFFICULTES LANGUE / CONNAISSANCE CMU-C	Je ne sais ni lire ni écrire	Je sais lire et écrire mais j'ai beaucoup de difficultés	Je n'ai pas de problèmes	TOTAL
Non réponse	40,0%	21,3%	38,7%	**100%**
Je n'en ai jamais entendu parler	55,6%	28,9%	15,6%	**100%**
J'en ai déjà entendu parler mais je ne sais pas exactement de quoi il s'agit	24,1%	17,2%	58,6%	**100%**
J'en connais l'existence mais je ne l'ai jamais demandé	4,8%	38,1%	57,1%	**100%**
Je l'ai demandé mais je ne l'ai pas obtenu	36,4%	21,2%	42,4%	**100%**
Je l'ai obtenu pendant un temps mais je n'ai pas renouvellé ma demande	19,4%	27,8%	52,8%	**100%**
TOTAL	**33,9%**	**24,4%**	**41,7%**	**100%**

Nous avons tenté de rechercher les éventuelles caractéristiques des personnes déclarant tel ou tel motif de non recours. Cependant, les effectifs correspondant à chaque catégorie étant faibles, les corrélations effectuées ne peuvent être qu'hypothétiques, sans qu'une validation statistique ne puisse les attester de manière certaine.

- **Ceux qui ne connaissent pas le dispositif, de manière totale ou partielle (soit 44, 3 % = 74 cas) sembleraient :**

  - Plus fatalistes : la maladie leur apparaît pour 58,1 % comme le fruit du « destin » contre 47,3 % dans l'échantillon total.
  - Moins mobiles : 31,2 % déclarent des problèmes de mobilité, contre 23,2 % dans l'échantillon total.
  - Disposant moins souvent d'un médecin traitant : 32,4 % n'en disposent pas contre 25,6 % dans l'échantillon total.
  - Sensiblement plus nombreux à ne pas savoir s'ils bénéficient de l'intégralité de leurs droits : 51,4 % contre 40,5 % dans l'échantillon total.

- **Ceux qui connaissent le dispositif mais n'en ont pas fait la demande (12,6% = 21 cas)**

Pour ce groupe, peu nombreux dans l'échantillon, seuls les éléments qualitatifs peuvent être exploités. Ils mettent en évidence différentes argumentations :

- Une gêne face à un droit spécifique :

« Je ne veux pas faire la charité, je me débrouille, j'ai fait un peu d'économies, des droits pour les soins, oui, mais pour autre chose, non »
« Je ne veux pas, je ne veux pas quémander »
« Le RMI, je ne voulais pas l'avoir, parce que je voulais travailler »
« Le RMI, je ne voulais pas en bénéficier »
« Je n'aime pas que les gens sachent que je n'ai pas d'argent. C'est comme si on était des clochards… »

- Le découragement face aux démarches :

« L'accueil des agents décourage »
« Pour la CMU, il y avait trop de papiers à fournir »
« C'est trop complexe… »
« J'ai abandonné pour la CMU, parce que je manquais d'informations »
« J'ai l'impression qu'on dérange, ils te font courir pour les papiers, ils disent oui, puis après non. J'en ai marre de faire, de toute façon, je suis foutu… »

- D'autres priorités :

« Là, pour l'aide pour la santé, mais je sais pas si je vais y aller, le problème pour moi, c'est pas ça, c'est le boulot et la paie. Pour le reste, j'ai plus le courage, j'en ai marre, de toute façon, ça va changer quoi ? Je ne sais pas si je vais le faire. »

- L'absence de maladie :

« Je ne l'ai pas demandé parce que je ne suis pas souvent malade. »
« La CMU, pour l'instant, je ne suis pas malade, la santé va bien, et je suis remboursé à 70%, je paie le reste. Je demanderai peut-être la CMU si je suis malade… »

- Le refus de soins avec la CMU (1 seul cas) :

« Par rapport à la CMU, le dentiste a dit qu'il ne me ferait pas les soins de toute façon, si j'avais la CMU… »

- **Ceux qui l'ont demandée mais ne l'ont pas obtenue (19,8 % = 33 cas)**

Les personnes rencontrées ici, à partir du moment où elles ont connu un refus, ont tendance à ne pas renouveler leur demande, même en cas de changement de situation.

Voici comment certaines expliquent le refus dont elles ont fait l'objet et qui les a conduites à interrompre leurs démarches :

« Je n'ai pas renouvelé ma carte de séjour et je ne peux pas bouger, je ne peux pas rester debout longtemps. Alors mon renouvellement de la CMU a été refusé. »

« J'ai demandé il y a deux ans. J'ai eu un refus. Je ne comprends pas, j'ai travaillé beaucoup et à la retraite je gagne peu. »

« Je l'ai demandée mais je n'ai pas de nouvelles alors qu'habituellement, je l'ai tout de suite. Pendant trois ans, je l'ai obtenue en temps et en heure, mais cette fois je n'ai pas de réponse depuis un mois, et je n'ai pas le papier. »

« J'ai fait la demande, il y a plus de trois mois, mais je n'ai pas de réponse. »

« Je ne peux pas faire le dossier, il manque le loyer d'octobre, et la dame a dit non, parce qu'il faut les 3 derniers loyers et il y en a que deux. Parce que je n'ai pas payé le loyer, parce que je n'ai pas d'argent, j'ai un petit souci. Et elle a dit non. Franchement, c'est pas bon, ça. J'ai jamais eu des soucis, mais là, je peux pas avec la famille au bled. Mais elle a dit non, tu ramènes le papier, c'est tout ».

« Je suis parti au bled pendant 6 mois, mais j'ai pas fait attention quand j'ai voulu rentrer en août, qu'avec les billets d'avion, je pouvais rentrer qu'en septembre. Et le papier de la CMU, je devais le faire en août. Alors après je suis allé à la Sécu, j'ai dit la vérité. Le monsieur a dit que ce n'est pas bon, que j'avais pas le droit, parce que j'étais parti trop longtemps. J'ai dit que je savais pas, c'est la première fois que c'est comme ça. »

« Depuis trois mois, je n'ai plus rien parce que le contrôleur est passé, et je n'étais pas là, alors il a tout coupé. J'en ai parlé avec l'assistante sociale, elle m'a dit qu'il fallait attendre. J'ai travaillé 25 ans, et maintenant je ne suis plus rien. Là, il faut que j'attende la reprise du contrôleur, je suis allé voir la dame de la CAF, elle a dit que j'étais suspendu, que je ne pouvais rien faire. »

« Ca m'a été refusé une fois, je pensais que j'avais plus jamais droit. »

- De manière générale, ces personnes semblent renoncer plus fréquemment à leurs droits (48,5 % contre 34 % dans l'échantillon total) et invoquent différents arguments :
  « C'est trop compliqué, j'ai 80 ans, qu'est-ce qui me reste maintenant, je suis bon à jeter à la poubelle… »,
  « Ils ne veulent pas m'entendre, ils ne veulent pas me comprendre, ils ne comprennent pas ma demande… »
  « La CMU, on ne me l'a pas accordée, alors que je savais que j'y avais droit… »
  « Pour le logement, pour la CMU, pour tout… Vous parlez, vous parlez, il n'y a rien à chaque fois… ».
  « Je n'ai plus l'APL, ni la CMU parce que mes papiers sont périmés. Et je ne peux plus me déplacer. »

« La commission de la sécurité sociale a refusé ma demande de CMU en 2003, ils m'ont fait courir pour rien. Moi, je suis malade cardiaque, ils ne veulent rien comprendre… »

- Elles semblent également renoncer aussi plus fréquemment aux démarches : (42,4 % contre 31,5 % dans l'échantillon total) :
  « Parce qu'ils disent qu'ils font et ils font jamais… »
  « Parce qu'il n'y a pas de réponse »
  « Parce qu'ils ne comprennent pas ma demande… »
  « Quand on ne répond pas à ma demande ou que je dois me déplacer trop loin »

- Elles disent avoir renoncé à leurs droits auprès de la CPAM également plus fréquemment (33,3 % vs 16,5%) :
  « Parce que j'avais d'autres problèmes, c'était long, compliqué… »
  « Je suis allée demander la CMU mais je n'ai pas eu de réponse, donc j'ai abandonné… »
  « J'avais droit à la CMU et on me l'a refusée… »
  « J'avais des difficultés et ils ne voulaient pas prendre en compte pas ma demande, ils n'avaient pas le temps… Je pensais pourtant avoir le droit à la CMU… J'ai laissé tomber… ».
  « Pour la CMU, j'ai demandé et on m'a refusé mon dossier alors que je pense y avoir droit. Mais au bout de deux fois, j'ai abandonné. »
  « Pour la CMU, il y a deux ans, ils ont dit non, j'ai pas le droit, alors j'ai pas insisté. »
  « Quand j'ai voulu la CMU C et que la demande a été non parce que je suis à la retraite, j'ai pas insisté. »

- Enfin leur degré de confiance envers les assistantes sociales semble plus faible que dans l'ensemble (« pas du tout confiance » ou « plutôt non » : 27,3 % contre 18,6 %), tout comme leur confiance envers les administrations (« mauvais » ou « passable » : 57,6 % contre 40,3 %).

- Le degré de confiance envers la CPAM apparaît également faible : « mauvais » ou « passable » pour 43,8 % contre 23,8 % dans l'échantillon total.

➢ **Ceux qui l'ont obtenue mais n'ont pas renouvelé leur demande (21,6 % = 36 cas)**

Les personnes rencontrées invoquent pour une part d'entre elles, la négligence, pour expliquer leur non renouvellement de dossier pour la CMU-C.

« L'organisme est en Martinique, et je n'ai pas fait le transfert qu'il fallait… »
« J'ai perdu ma carte Vitale, mais c'est ma faute, je n'ai pas fait les démarches qu'il fallait… »

« Je savais que j'avais droit à la CMU, je l'ai obtenue pendant un an, mais je n'ai pas fait le renouvellement… »
« Pour l'instant, j'attends un peu pour renouveler ma demande de CMU, je n'ai pas rempli le papier. Mais je suis en bonne santé, donc je n'en ai pas besoin. »
« J'avais pas la tête à ça, alors j'ai pas renouvelé, et en plus, je n'ai pas de problème de santé, alors ça m'a pas paru important... J'ai loupé la date de renouvellement, j'ai tardé dans les papiers et puis j'ai laissé tomber. »
« Ma femme a été très malade l'année dernière, alors je suis parti au bled pendant six mois, et je n'ai pas refait la demande, c'est ma faute. Et je sais pas si je peux demander maintenant. »

Il arrive également que certains ignorent ou n'aient pas compris, qu'ils doivent procéder chaque année à une demande de renouvellement :

« Je savais pas qu'il fallait renouveler, je croyais que c'était pour tout le temps, et que tant que tu retrouves pas d'argent et de situation, ils te laissent avec. »

- **Un nombre non négligeable d'allocataires du RMI non affiliés à la CMU-C**

Notre échantillon rassemble 34 cas d'allocataires du RMI non affiliés à la CMU-C (soit 20,6 % des situations de non recours à ce dispositif), alors qu'ils sont bénéficiaires de plein droit, la demande pouvant être faite au même moment que le dossier de demande de RMI.

CONNAISSANCE CMU-C	Nb. cit.	Fréq.
Je n'en ai jamais entendu parler	5	14,7%
J'en ai déjà entendu parler mais je ne sais pas exactement de quoi il s'agit	8	23,5%
J'en connais l'existence mais je ne l'ai jamais demandé	5	14,7%
Je l'ai demandé mais je ne l'ai pas obtenu	4	11,8%
Je l'ai obtenu pendant un temps mais je n'ai pas renouvellé ma demande	11	32,4%
Autres	1	2,9%
TOTAL CIT.	**34**	**100%**

Un tiers d'entre eux affirment ne pas être informés de l'existence de ce dispositif, ou insuffisamment, tandis qu'un tiers déclarent ne pas avoir renouvelé leur demande. Cette situation, déjà relevée par d'autres études[50], pose bien évidemment le problème de l'instruction et du suivi des dossiers par les administrations concernées.

[50] ODENORE, *Le non recours à la CMU C des allocataires du RMI : mesure et analyse*, Rapport pour le Fonds CMU, septembre 2006

2 – Le non recours à l'aide à la mutualisation (ACS)

La connaissance de ce dispositif se révèle très faible, puisque 92 % des personnes interrogées, dont les niveaux de ressources permettraient d'en être bénéficiaires, témoignent d'une méconnaissance totale ou partielle.

On notera cependant que :

- Dix personnes (sur 75 situations étudiées) cotisent à une mutuelle,
- Plus du tiers des personnes potentiellement concernées par l'aide à la mutualisation (ACS) déclarent n'avoir jamais cotisé à une mutuelle.

Avez-vous déjà bénéficié d'une mutuelle ?	Nombre	Fréquence
Oui	46	61,3 %
Non	27	36 %
Ne sait pas	2	2,7 %
TOTAL	75	100 %

- Pour une partie de la population auprès de laquelle a été conduite l'enquête, le principe de la mutuelle est soit méconnu, soit jugé trop onéreux.

  - Une mutuelle liée avant tout au travail et à l'entreprise :
    - *C'est le patron qui s'occupait de ça.*
    - *J'avais une mutuelle d'entreprise.*
    - *Je ne l'ai plus parce que je ne travaille plus.*
    - *Avant, j'étais salarié, j'avais une mutuelle, mais plus maintenant.*
    - *Je ne travaille plus et je n'ai pas beaucoup d'argent. J'avais la mutuelle quand je travaillais.*

  - Une mutuelle jugée trop onéreuse :
    - *Je n'arrive pas avec mon salaire. Il faut payer ça et ça...*
    - *Je ne travaille plus, c'est trop cher les mutuelles.*
    - *C'est bien trop cher. Je l'avais quand j'avais un travail. Mais là, je suis rayé, j'ai 60 ans.*
    - *La cotisation est chère, je ne peux pas la payer.*
    - *C'était trop cher alors je l'ai enlevée.*
    - *Je ne travaille plus et je n'ai pas beaucoup d'argent. J'avais la mutuelle quand je travaillais.*

- *La mutuelle, c'est trop cher ! Je n'arrive pas à payer. Avec le manger, le logement, et les enfants...*
- *Quand je travaillais, je l'avais. Après la retraite, c'était trop cher.*
- *C'est trop cher, je suis à la retraite, et je ne touche pas beaucoup.*
- *J'ai été obligé d'arrêter, parce que c'est trop cher.*

Concernant ce dispositif, le déficit d'information apparaît certes important, mais plus central nous semble le rapport à la mutualisation entretenu par la population concernée : la méconnaissance d'une souscription possible quand on ne travaille pas ou plus, la conviction qu'une éventuelle souscription serait bien trop onéreuse, rendent certainement complexe la communication autour de ce dispositif, afin que ses avantages et son intérêt puissent être pleinement entendus et compris.

III - Attitudes générales en matière de rapport aux droits

- **Une population estimant « plutôt complexe » l'accès aux droits de manière générale.**

TYPE DE NON RECOURS OPINION ACCES DROITS	CMU C	AIDE MUT.	TOTAL
Plutôt facile	16,9%	9,2%	**14,5%**
Plutôt complexe	60,8%	69,7%	**63,6%**
Ne sait pas	19,9%	19,7%	**19,8%**
Autres	2,4%	1,3%	**2,1%**
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**

Le sentiment de complexité dans l'accès aux droits semble pouvoir constituer un facteur de non recours, dans la mesure où un tel sentiment altère la motivation à faire valoir ses droits : le nombre de papiers et justificatifs demandés à chaque fois, la récurrence des démarches… constituent des motifs de découragement, et parfois de renoncement.

« C'est contraignant. Il y a un tas de papiers à fournir. Il faut bien qu'ils puissent voir si les bénéficiaires sont en règle, mais c'est contraignant et pas efficace... »
« On ne sait jamais quand on commence, on sait pas trop ce qu'il faut ramener… »
« Il faut courir, il faut beaucoup de papiers qu'il faut préparer. La retraite, la maladie, le chômage, il faut des papiers ! »
« Pour avoir un droit, il faut réclamer, et moi malheureusement je ne connais pas mes droits, ni comment les avoir... »
« Ca ne s'obtient pas en un claquement de doigts, il faut claquer plusieurs fois… »
« Il faut fournir beaucoup de justificatifs. C'est lourd. Pour un petit détail, on peut vous refuser vos droits. »

- **Une faible compréhension des décisions ou un sentiment d'injustice**

TYPE DE NON RECOURS OPINION DECISIONS	CMU C	AIDE MUT.	TOTAL
Non réponse	0,0%	1,3%	**0,4%**
Plutôt justes	25,3%	25,0%	**25,2%**
Plutôt injustes	28,3%	32,9%	**29,8%**
Ne sait pas	45,8%	40,8%	**44,2%**
Autres	0,6%	0,0%	**0,4%**
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**

Là encore, le sentiment que les décisions relatives à l'octroi de droits n'obéissent pas à une logique toujours rationnelle, voire perçue comme juste au regard du besoin ressenti, est susceptible de générer des attitudes de découragement, puis de renoncement. A beaucoup, les règles d'obtention apparaissent opaques et peu fiables. On peut penser ici que dans bien des cas, le manque d'information renforce le sentiment d'arbitraire.

« On perd de plus en plus de droits. Si oui je comprends, mais si ils disent non, je ne comprends pas, car si je dépose une demande, c'est que j'en ai besoin. »
« Il faut quelqu'un qui sache bien lire les phrases. Il y a des mots que je ne comprends pas. Il faut quelqu'un qui prenne le temps. »
« Non, parce que le matin, c'est blanc, l'après-midi, c'est noir. Je vais quelque part, on me dit ça, je vais ailleurs, on me dit autre chose... »
« Pour une personne comme moi qui ne connaît pas la loi, c'est un problème. Le rapport avec l'administration est très difficile et complexe… »
« Je comprends que la personne ne rentre pas dans les critères, dépasse le seuil, et que sa demande soit rejetée, mais je ne comprends pas pourquoi les administrations ne font rien pour aider les personnes qui dépassent un peu ce seuil. »
« Les termes utilisés sont compliqués. Mais ils ont sorti un dictionnaire administratif dont je me sers. Mais c'est compliqué, l'administration… »
« On se perd dans les termes et tous les papiers. Il ne suffit pas de savoir lire et écrire pour comprendre les papiers. Il faudrait plus de clarté dans les papiers. »
« Il y a trop de confusion. Ce qui pourrait être expliqué simplement aux gens est intellectualisé pour semer la confusion dans les esprits… ».
« L'histoire de prendre en compte l'année précédente... Ils pourraient prendre en compte le moment. »

- **Une population estimant fréquemment ne pas bénéficier de l'intégralité de ses droits, ou l'ignorant.**

La faible connaissance de l'univers des droits sociaux ainsi que la perplexité à l'égard des procédures et décisions administratives, explique vraisemblablement pour partie, que près de 40 % des personnes interrogées reconnaissent ignorer si elles bénéficient actuellement de l'intégralité des droits auxquels elles pourraient prétendre, et que seuls 15 % déclarent – alors même que cela se révèle inexact au regard de la CMU C ou de l'ACS – avoir fait valoir tout ce à quoi elles pouvaient prétendre.

TYPE DE NON RECOURS BENEFICE INTEGRAL DROITS	CMU C	AIDE MUT	TOTAL
Oui	13,9%	19,7%	**15,7%**
Non	42,8%	35,5%	**40,5%**
En cours	6,0%	0,0%	**4,1%**
Ne sait pas	37,3%	44,7%	**39,7%**
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**

Ces résultats peuvent être mis en lien avec les analyses de l'ONPES[51], qui montre dans l'une de ses études sur les difficultés administratives des personnes démunies que seulement 40 % d'entre elles ont le sentiment de bénéficier de toutes les aides auxquelles elles peuvent prétendre en raison de leur situation. Dans notre étude, la part de la population dans cette situation se révèle encore bien plus faible.

IV - Attitudes générales en matière de rapport aux administrations

Ces différentes observations concernant le « rapport aux droits » se trouvent confirmées par les attitudes exprimées quant aux rapports avec les administrations de manière générale.

- **Une population parfois en difficultés dans la relation avec les administrations**

Les personnes rencontrées évoquent dans leurs relations avec les administrations des difficultés que d'autres études [52] ont souvent soulignées : comment formuler clairement sa demande pour être certain d'être compris ? comment être sûr que l'on a réuni tous les documents ou justificatifs qui sont exigés ? Ces questionnements génèrent une appréhension dans les contacts avec une administration, à tel point que pour certains, cela constitue une véritable épreuve[53].

Difficulté face à l'administration	« Jamais » ou « Rarement »	« Souvent » ou « Toujours »
Avoir du mal à exprimer votre demande	65,1 %	34,9 %
Ne pas comprendre les réponses des agents	62,5 %	37,5 %
Craindre qu'on vous pose des questions trop personnelles	88,0 %	12,0 %
Craindre de ne pas être compris	56,8 %	43,2 %
Craindre d'être rejeté	77,0 %	23,0%
Craindre de ne pas avoir tous les documents demandés	67,7 %	32,3 %

[51] Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion, « L'accès aux droits des personnes en difficultés », Rapport 2000.
[52] Voir notamment : Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion, *Accès aux droits : quelles améliorations ?*, Mai 2002.
[53] Yasmine SIBLOT, *Faire valoir ses droits au quotidien,* Les Presses de Sciences Po., 2006.

« La première demande, pour l'exprimer, ça va, mais pour demander une seconde fois, c'est plus compliqué. Les questions personnelles, si c'est sur le sujet, je n'ai pas de crainte. La peur de ne pas être compris, c'est qu'il y a trop de gens qui profitent, donc c'est sûr qu'il faut qu'ils contrôlent. »

« Le problème à chaque fois il manque le document... Il manque toujours quelque chose, c'est ennuyeux... ».

« Il y a des mots des administrations qu'on ne maîtrise pas. Pareil quand ils envoient un courrier, il y a des mots que l'on ne comprend pas. Et quand on ne sait pas le droit, on peut douter. »

Les expériences concrètes au guichet sont également susceptibles de générer du découragement au regard des démarches à accomplir : temps d'attente, sentiment d'une insuffisante disponibilité et d'un manque d'écoute de la part des agents… sont cités par près du quart des personnes interrogées.

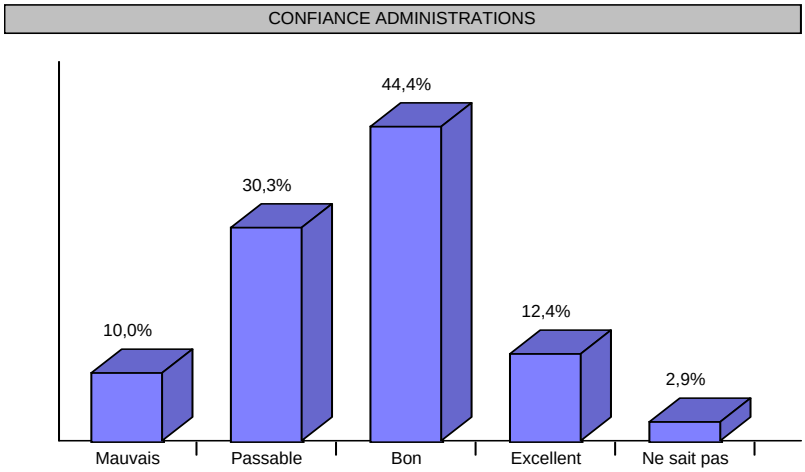
	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	**TOTAL**
Manque de respect	67,1% (159)	19,8% (47)	11,0% (26)	2,1% (5)	**100% (237)**
Manque de disponibilité	53,0% (125)	22,5% (53)	22,0% (52)	2,5% (6)	**100% (236)**
Manque d'écoute	53,6% (127)	22,8% (54)	19,4% (46)	4,2% (10)	**100% (237)**
Manque de confidentialité	68,4% (160)	17,1% (40)	9,8% (23)	4,7% (11)	**100% (234)**
Mauvais accueil	61,7% (145)	25,1% (59)	10,6% (25)	2,6% (6)	**100% (235)**
Découragement en raison de l'attente	54,2% (128)	19,9% (47)	22,9% (54)	3,0% (7)	**100% (236)**
Expérience de conflits	79,2% (187)	14,4% (34)	5,9% (14)	0,4% (1)	**100% (236)**

*

- **Une confiance très relative envers les administrations**

Appréhension des démarches, expériences insatisfaisantes, sentiment d'arbitraire… peuvent sans doute expliquer que quelque 40% des personnes interrogées déclare avoir un degré de confiance « mauvais » ou « passable » à l'égard des administrations. L'instauration d'une relation de confiance, par davantage d'écoute et de disponibilité des agents, se révélerait certainement nécessaire pour favoriser le recours à leurs droits, d'une partie des usagers, notamment les plus en précarité. En effet, comme le souligne l'ODENORE dans l'un de ses rapports[54], « *il n'est pas facile d'être usager dès lors que les rapports avec les administrations et les services publics sont perçus comme difficiles ou problématiques* ».

[54] ODENORE – Travaux – Non recours et Urgence sociale – Recherche DGAFP 2002.



- **Une population tentée par l'abandon des démarches et des demandes pour faire valoir ses droits.**

En effet, un tiers environ des personnes interrogées déclare avoir déjà renoncé à faire valoir ses droits, et un tiers également – pas forcément les mêmes – avoir renoncé aux démarches nécessaires. Ce pourcentage est là encore supérieur à celui évoqué par l'ONPES, soit 17 % dans l'enquête citée précédemment. Le renoncement aux droits ou aux démarches est moins fréquent en matière de protection sociale, mais concerne néanmoins une personne sur six au sein de notre échantillon.

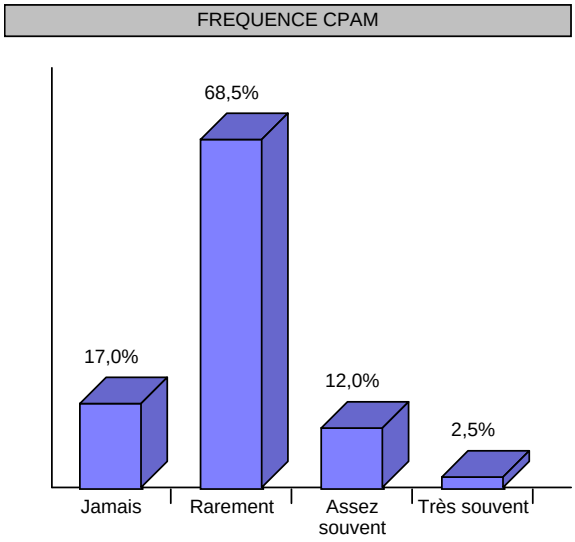
TYPE DE RENONCEMENT	%
Renoncement à demander certains droits	34,0 %
Renoncement aux démarches	31,5 %
Renoncement récent en matière de protection sociale	16,5 %

Les motifs évoqués sont divers mais témoignent le plus souvent d'un découragement après plusieurs tentatives infructueuses : « trop long », « trop compliqué », « trop fatigant », « trop contraignant »… pourraient résumer les propos de certains. Le sentiment d'intrusion dans la vie privée est également cité, mettant en évidence une résistance à ce qui peut être parfois perçu dans la relation avec les administrations comme une forme de contrôle social.

« Ils me fatiguent. Etant malade, je ne peux pas courir longtemps. Il n'y a rien à faire avec l'administration. »
« On y va tout le temps, ça ne marche pas, on se dit bon, je ne continue plus. »
« Parce que ces gens là me soupçonnent de frauder. »
« Je n'ai pas demandé le RMi et la CMU. Je ne sais pas combien de temps il faut, je n'ai pas regardé, je ne sais pas quel est le formulaire et les papiers à demander, Et j'aime pas qu'on me fasse répondre à certaines questions. »
« La CMU en particulier. Parce qu'il y a des contraintes. Je n'aime pas la vision que la société a de la CMU. Je n'aime pas être catalogué. J'aime la discrétion. »
« Parce qu'il y a trop de monde. »
« Pour le RMI, je ne voulais pas l'avoir parce que je voulais travailler. »
« Parce que c'est trop compliqué, j'ai 80 ans, qu'est ce qui me reste maintenant, je suis bon à jeter à la poubelle. »
« De temps en temps, je suis triste et je laisse tomber. »
« Parce qu'ils ne veulent pas m'entendre, pas me comprendre, ils ne comprennent pas ma demande. »
« La CMU C parce que je ne suis pas souvent malade… »
« L'accueil des agents est décourageant. »
« J'ai renoncé parce qu'ils me demandent des papiers et des disponibilités que je n'ai pas. Il faut parfois une heure d'attente pour être reçu cinq minutes. »
« La CMU, ils ont déjà refusé, donc je me suis dit que ça ne servait à rien de faire une seconde demande. »
« J'ai le sentiment de devoir dire trop de choses sur moi. »
« Je n'insiste pas après un refus. »
« Parce que souvent, les administrations françaises, c'est trop long, trop compliqué, il y a trop de choses à régler, une perte de temps. »

- **Les relations avec les caisses d'assurance maladie : une confiance sensiblement meilleure qu'à l'égard des administrations en général.**

Si 93,4 % des personnes interrogées connaissent le lieu où se trouve le centre CPAM dont ils dépendent, la plupart s'y rendent rarement. L'informatisation – via notamment l'instauration de la carte Vitale – a rendu moins nécessaire qu'auparavant le déplacement au guichet de la CPAM, voire la seule visite afin d'y déposer une demande de remboursement. Si cette organisation permet une économie de démarches, elle peut cependant avoir l'effet pervers de raréfier les relations entre usagers et agents, et par là-même, les occasions d'information personnalisée sur les droits et les dispositifs d'aide existants.



Parmi les usagers qui fréquentent de temps à autre un centre CPAM, un quart déplore une insuffisance de conseils et/ou de prise en compte de leur demande. Il reste que le degré de confiance à l'égard de cette administration apparaît sensiblement meilleur qu'à l'égard des administrations en général (22,7 % *vs* 40,3 %).

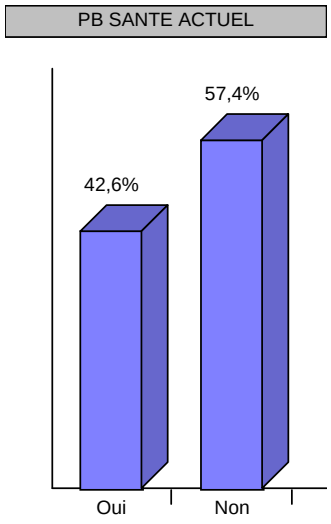
	« Mauvais » ou « passable »	**« Bon » ou « Excellent »**
Accueil	16,1%	71,5 %
Ecoute	18,2 %	69,4 %
Conseils	26,5 %	60,3 %
Prise en compte de la demande	26,0 %	60,7 %
Degré de confiance	22,7 %	72,7 %

V – L'état de santé ressenti et le rapport au système de soins

Il paraissait important dans le cadre de cette enquête d'explorer l'état de santé tel qu'il était ressenti par les personnes interrogées, afin de cerner si le non recours à la CMU C ou à l'aide à l'ACS pouvait être imputable à une faible prévalence de problèmes de santé identifiés. Or, il n'en est rien puisque seulement la moitié de la population enquêtée estime que son état de santé est actuellement « bon » ou « excellent » dans l'un des domaines cités : physique, moral, dentaire ou visuel.

	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Excellent	TOTAL
ETAT DE SANTE PHYSIQUE	21,1% (51)	9,1% (22)	21,9% (53)	32,6% (79)	15,3% (37)	**100% (242)**
ETAT DE SANTE MORAL	21,5% (52)	15,7% (38)	21,1% (51)	31,0% (75)	10,7% (26)	**100% (242)**
ETAT DE SANTE DENTAIRE	28,1% (68)	10,7% (26)	14,5% (35)	36,0% (87)	10,7% (26)	**100% (242)**
ETAT DE SANTE VUE	19,0% (46)	13,6% (33)	18,2% (44)	35,1% (85)	14,0% (34)	**100% (242)**

Par ailleurs, plus de deux personnes sur cinq déclare souffrir actuellement d'un problème de santé, et pour certains il s'agit de problèmes importants nécessitant un suivi médical régulier : diabète, maladies cardiovasculaires, maladie de Parkinson, affections rénales graves, épilepsie… figurent notamment parmi les pathologies évoquées.



Il apparaît également une altération de la santé morale pour une part importante des personnes rencontrées : sentiment de tristesse fréquent pour 48,6 % d'entre elles, sentiment d'incapacité à faire des projets pour 30,2 %, sentiment que « out demande un effort » pour 46,1 %, inquiétude pour l'avenir pour 57,9 %.

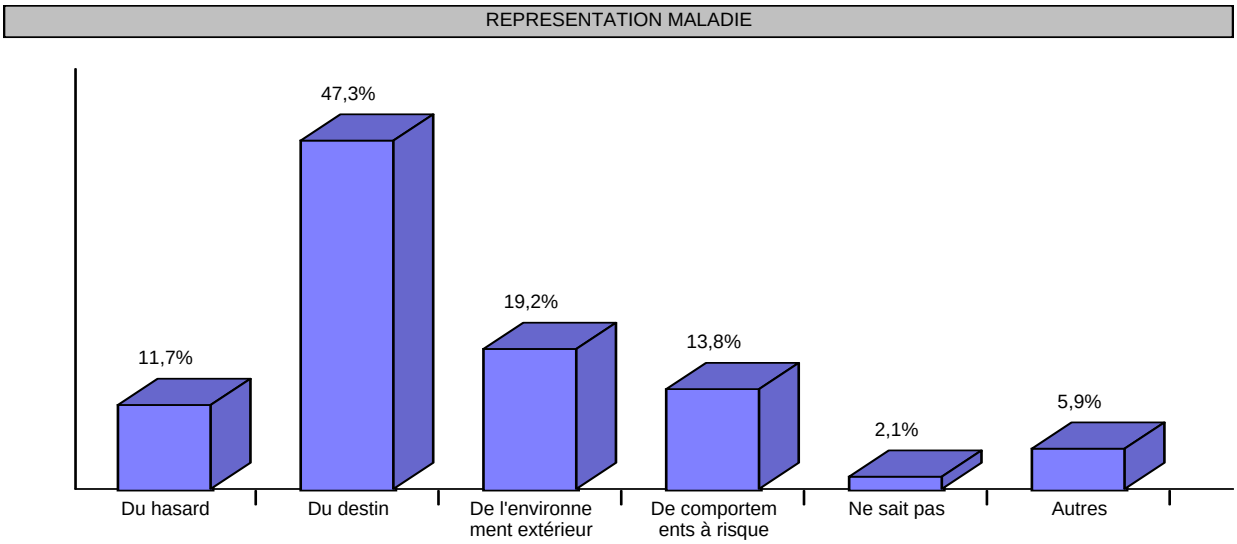
	Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent	TOTAL
Je me sens triste	12,4% (30)	39,0% (94)	27,0% (65)	21,6% (52)	**100% (241)**
Tout me demande un effort	25,1% (60)	28,9% (69)	33,1% (79)	13,0% (31)	**100% (239)**
Je manque de confiance en moi	53,1% (127)	26,8% (64)	16,3% (39)	3,8% (9)	**100% (239)**
Je me sens incapable de faire des projets	44,5% (106)	25,2% (60)	21,8% (52)	8,4% (20)	**100% (238)**
Je suis inquiet pour mon avenir	25,0% (60)	17,1% (41)	32,9% (79)	25,0% (60)	**100% (240)**
J'ai l'impression d'être rejeté par les autres	67,5% (162)	18,8% (45)	10,8% (26)	2,9% (7)	**100% (240)**

Comme l'ont montré de nombreuses études, vivre des épreuves ou des ruptures à répétition altère l'estime de soi tout comme la confiance en soi. Or, l'une et l'autre doivent être bonnes pour se préoccuper de sa santé. Sans en faire une cause exclusive du non recours aux droits, on peut penser que celui-ci témoigne parfois d'un « repli » et de l'évitement des contacts avec autrui, dont les administrations.

- **Les représentations de la maladie : un « destin », pour près de la moitié des personnes enquêtées…**

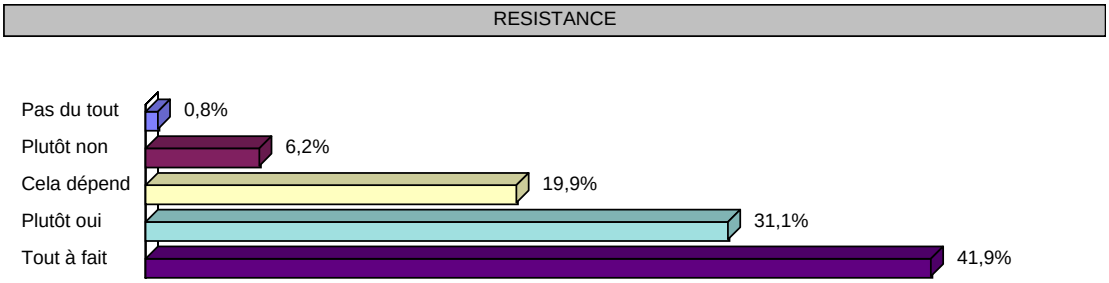
Les représentations de la maladie, telles qu'elles apparaissent dans cette étude, sont intéressantes, dans la mesure où domine une représentation fataliste, dans laquelle la maladie est perçue comme relevant du « destin ». Si l'on en croit Georges MENAHEM[55], cette représentation induit que « *l'attitude du malade est celle d'être une victime, victime de l'intrusion dans son corps d'un objet étranger. (…) Sa réaction sera alors souvent de tenter d'apprivoiser le mal, car seule l'atténuation de la souffrance est possible, pas la guérison.(…) Son attitude à l'égard des soins est dans ces cas plus empreinte de fatalisme et beaucoup moins active que celle des « malades ordinaires ». »*

Concevoir la maladie comme émanant du hasard ou de l'environnement extérieur (la « maladie événement ») ou de comportements à risque (la « maladie sanction ») est en revanche plus propice à une attitude active en matière de soins.



[55] Georges MENAHEM, « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses », Working Paper, Mars 2000.

Il n'en reste pas moins qu'au sein de l'échantillon, se retrouve de manière dominante une conception du corps et de la santé, qui fait valoir, comme on le retrouve fréquemment au sein des classes populaires, notamment masculines, la « résistance à la douleur » : 73 % des personnes interrogées se déclarent « plutôt » ou « tout à fait » résistantes à la douleur. Cette représentation de soi génère, on le sait, un retard à la consultation médicale, celle-ci intervenant quand la douleur devient *in fine* totalement insupportable.



- **La consultation d'un médecin : un acte fréquemment différé.**

Comme d'autres études le montrent[56], les comportements des populations précarisées en matière de recours aux soins sont parfois éloignées de la norme médicale : « attendre que ça passe », « se reposer », « prendre les médicaments que l'on a sous la main », ou « prendre des tisanes ou épices », se révèlent des attitudes fréquentes. Ce n'est que lorsque la douleur devient insupportable ou perdure que le recours au médecin est mis en œuvre. Dès lors, le recours aux soins se fait fréquemment dans l'urgence.

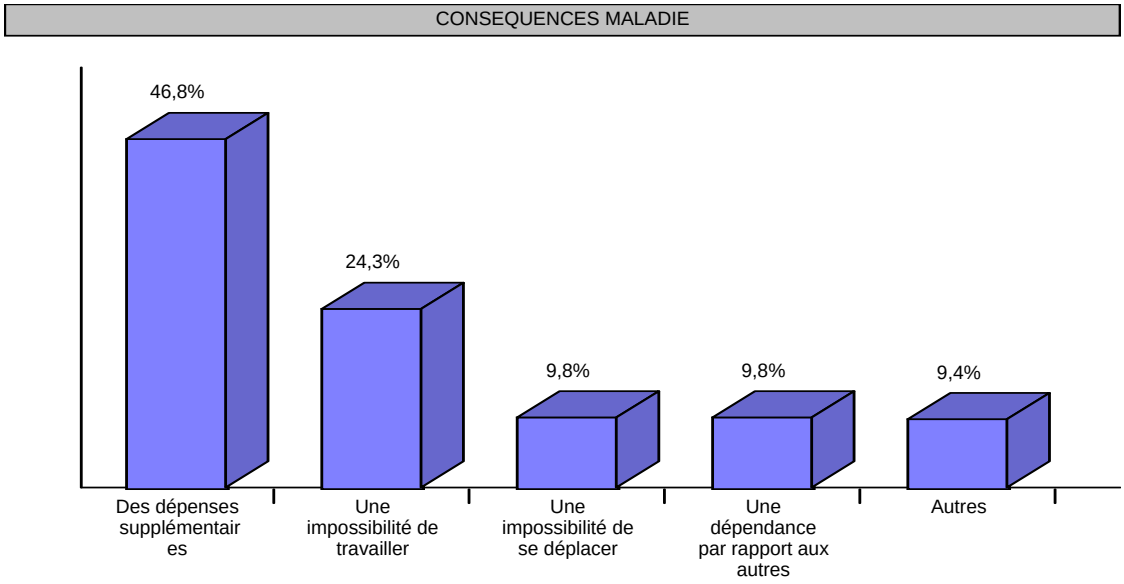
ATTITUDE DOULEUR	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	0,4%
Consulter immédiatement un médecin	86	35,5%
Vous reposer	73	30,2%
Prendre des médicaments que vous avez sous la main	69	28,5%
Prendre des tisanes ou épices	32	13,2%
Attendre que ça passe	110	45,5%
Autres	8	3,3%
TOTAL OBS.	**242**	

Plusieurs réponses possibles.

[56] Isabelle PARIZOT et Pierre CHAUVIN, « Quel accès aux soins pour les plus démunis ? », *Sciences Humaines*, Hors série n°48, Mars 2005

➢ **La maladie génère avant tout des difficultés financières.**

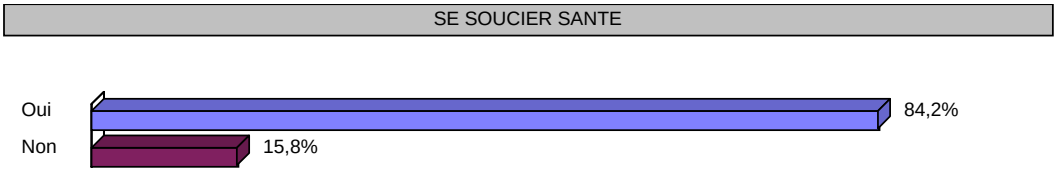
Pour une population en situation de précarité, les conséquences de la maladie sont redoutées : d'une part, elle induit un coût éventuel en termes de traitement, d'autre part elle présente le risque de ne plus pouvoir se déplacer ou travailler, ce qui est susceptible d'entraîner un « manque à gagner ». Il n'est donc pas étonnant que ces différentes dimensions apparaissent principalement au sein de la population enquêtée.



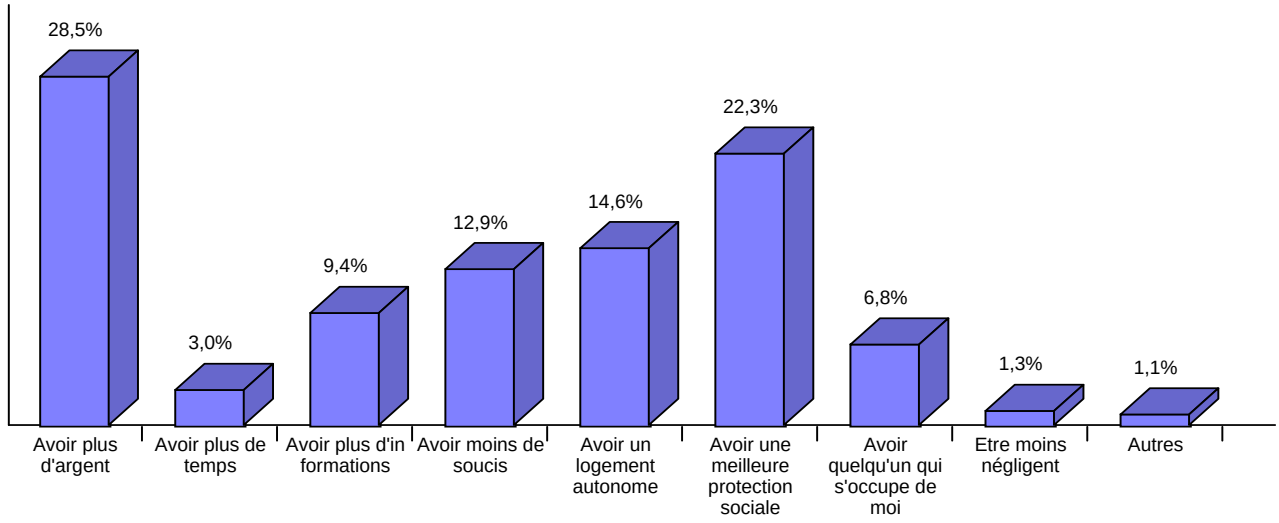
.

➢ **Se soucier davantage de sa santé : une préoccupation.**

Pour autant, la population interrogée manifeste dans sa grande majorité (84,2 %), le souhait de pouvoir se soucier davantage de sa santé : de meilleurs revenus et une meilleure protection sociale en seraient pour beaucoup la condition.



RAISONS SE SOUCIER SANTE



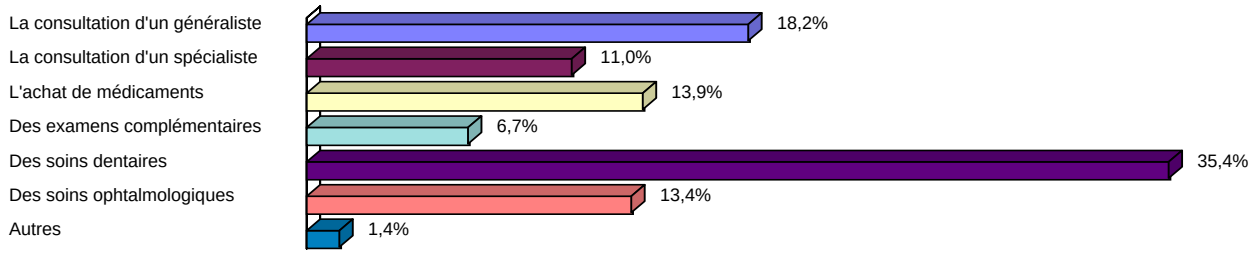
- **Un taux important de renoncement aux soins…**

Les préoccupations financières se révèlent, ici comme dans d'autres études, un facteur important de renoncement aux soins : 40,5 % des personnes interrogées déclarent ainsi avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

RENONCEMENT SOINS	Nb. cit.	Fréq.
Oui, au cours des douze derniers mois	98	40,5%
Oui, mais il y a plus longtemps	29	12,0%
Non, jamais	115	47,5%
TOTAL CIT.	**242**	**100%**

Si ce renoncement concerne dans plus d'un tiers des cas des soins dentaires, pour une personne sur cinq, il se révèle concerner des soins primaires, tels que la consultation d'un médecin généraliste. Le non bénéfice de la CMU C ou de l4ACS apparaît en ce sens d'autant plus dommageable que l'on sait que le taux de recours aux médecins notamment, est fortement influencé par la présence d'une couverture complémentaire.

RENONCEMENT TYPE SOINS

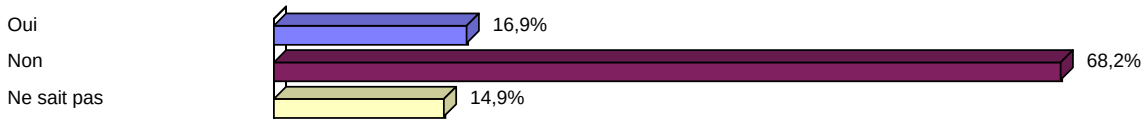


VI – Le sentiment de stigmatisation lié à l'assistance : une attitude minoritaire

Il est fréquent que des études conduites sur des prestations ou des dispositifs liés à l'assistance mettent en avant le sentiment de stigmatisation que cette dépendance suscite parmi les bénéficiaires[57].

Cette dimension se révèle présente au sein de la population interrogée dans le cadre de cette étude, mais moins marquée cependant qu'on aurait pu le penser : 16,9 % des personnes déclarent ressentir une gêne à devoir rencontrer une assistante sociale, 9,1 % se déclarent gênés de bénéficier d'un droit spécifique pour les personnes en difficultés. A chaque fois, sont évoqués la dignité ou la fierté, la volonté de « se débrouiller » par soi-même et de ne pas « quémander ».

GENE ASSISTANTE SOCIALE



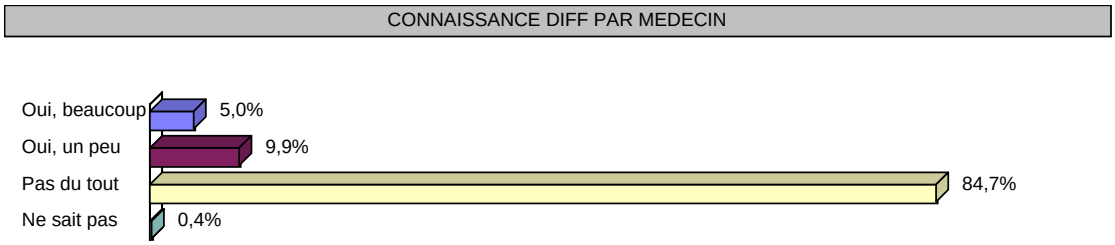
« Je n'aime pas demander et j'ai honte de ma situation. »
« J'ai l''impression de réclamer.
« Ils font le contrôle, savoir ce que je fais, combien je gagne, je n'aime pas ça. »
« Cela renvoie l'image de quelqu'un de déchu. »
« Parce qu'il faut toujours demander, et demander, ce n'est pas évident. »
« Je veux du travail, c'est tout. »

GENE DROIT SPECIFIQUE

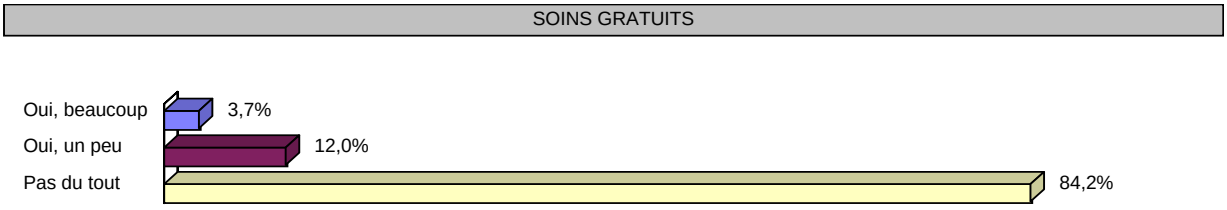
« Question de dignité, d'orgueil, je préfère pas. Avec tout le respect pour les gens qui perçoivent. »
« Je suis rarement malade. C'est gratuit mais pas bien perçu par les médecins. Ca m'ennuie beaucoup d'être perçu CMU. La CMU, je n'aime pas ce procédé. Qu'on classe les gens dans des tiroirs. A la tête du client. Mais il va falloir que je le fasse. Car je sais que les accidents arrivent. »
« Je ne suis pas un parasite. Je veux me prendre en charge. »
« Parce que c'est très mal venu d'être pauvre. »
« Je veux pas faire la charité. Je me débrouille. J'ai fait un peu d'économies. Des droits pour les soins d'accord, mais pour autre chose, non. »
« Je suis fier, je n'aime pas ça. »
« Je ne veux pas, je ne veux pas quémander. »

[57] Voir par exemple, concernant la CMU : Caroline DESPRES, « La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés », *Sciences sociales et santé,* Vol. 23, n°4, décembre 2005.

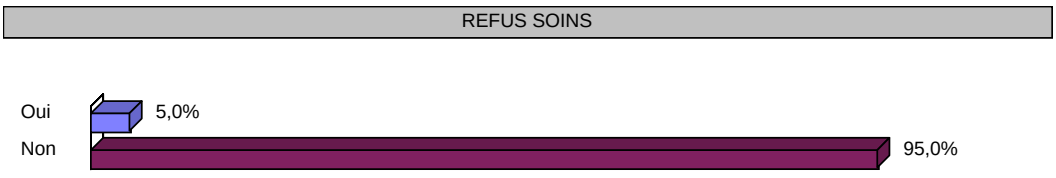
De même, l'expression d'un sentiment de gêne à ce que le médecin connaisse les difficultés financières de son patient, n'est partagée que par 14,9 % des personnes interrogées, et la gêne à bénéficier de soins gratuits, par 15,7 %.



« Cela ne le regarde pas. »
« Il y a des choses personnelles qu'on n'a pas envie de dire. »
« La preuve, c'est pour ça que je n'ai pas la CMU. Je n'ai pas envie qu'on me mette dans un tiroir, avec les idées reçues. »
« C'est un secret personnel, chacun a sa situation et s'occupe de ses projets... Moi, je ne m'occupe pas de ce que sont les gens, alors je ne vois pas pourquoi on sait pour moi. Il y a qu'un ami qui sait ma situation. »
« Socialement, c'est gênant, les gens te regardent difficilement. »
« Parce qu'il va se dire que je n'ai pas d'argent. J'ai peur qu'il m'accueille mal. »
« Peut-être la manière dont il me regarderait. La pitié, quoi... »
« Je n'aime pas que les gens sachent que je n'ai pas d'argent. C'est comme si on était des clochards. »



Ces différentes attitudes ne sont certes pas négligeables, mais elles ne sauraient être suffisantes pour expliquer les pratiques de non recours. De même, l'expérience de refus de soins en disposant de la CMU C n'apparaît que très marginalement au sein de l'échantillon[58]. Là encore, cela ne saurait en soi constituer un facteur déterminant de non recours.



« Un pharmacien, parce que je n'avais pas d'argent. »
« Il ne voulait pas de Rmistes, il fallait payer. »
« Par rapport à la CMU, le dentiste a dit qu'il ne ferait pas les soins si j'avais la CMU. »
« Le dentiste, il n'acceptait pas la CMU. »

[58] Notons qu'au sein de l'échantillon, 78,9 % consultent un médecin généraliste libéral ; 8,9 % en hôpital ou clinique et 12,2 % au sein d'un centre de soins ou d'un dispensaire.

CONCLUSION

L'intérêt de cette étude sur le non recours aux droits constitués par la CMU C et l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) était de s'adresser à une population repérée non par son statut (allocataire du RMI par exemple), mais par un lieu de résidence (foyers et résidences sociales), dont la fonction est d'accueillir une population en situation de précarité sociale et économique.

Cela a permis d'identifier un taux de non recours à la CMU C de 23,7 % parmi la population étudiée, et un non recours quasi-total à l'ACS. Bien sûr, la définition de ce taux résulte d'une méthodologie spécifique appliquée à une population particulière, et ne saurait être généralisé sans prudence. Il n'en constitue pas moins un point de repère sur une question pour laquelle les éléments quantitatifs sont peu nombreux.

Certaines raisons de non recours ont pu être identifiées, confirmant assez généralement les résultats d'autres études sur ce sujet[59] :

- La méconnaissance des droits, en l'absence d'une information suffisamment accessible, compréhensible et personnalisée, pour des publics ayant une plus ou moins grande maîtrise de la langue française ou du langage administratif.

- Les difficultés ou le découragement pour faire valoir ses droits, alimentés par un sentiment de complexité, voire d'arbitraire, dans les démarches et les décisions des administrations.

[59] Voir notamment le numéro spécial de la revue Recherches et Prévisions n° 43 (mars 1996), ainsi que la présentation des travaux de l'ODENORE et d'autres organismes sur le site : *www.msh-alpes.prd.fr/odenore*.

- L'influence du vécu de situations de précarité, qui, soit altèrent l'estime de soi et la confiance en soi et génèrent des attitudes de repli ou l'incapacité à aller vers autrui, soit positionnent l'accès aux droits comme secondaire au regard d'autres préoccupations (ressources, emploi, logement…).

- Plus marginalement, le refus de prestations ou de dispositifs jugés porteurs de stigmatisation, et d'une identification publique d'une situation sociale de pauvreté.

Mais cette étude met aussi en évidence l'influence des cloisonnements administratifs et les défaillances de l'accompagnement social, si l'on considère le nombre d'allocataires du RMI rencontrés qui ne bénéficient pas de la CMU C, alors que leur affiliation devrait être systématique.

Les situations de non recours – actif ou passif – apparaissent d'autant plus essentielles à prendre en considération, que la population concernée, tel que cela ressort dans le cadre de cette étude, connaît pour une part conséquente, des problèmes de santé importants, et qu'elle renonce fréquemment à des soins, pour des raisons financières principalement.

L'enjeu est d'importance, car le taux de fréquentation du système de santé est fortement influencé par la présence d'une couverture complémentaire, y compris pour les bénéficiaires de la CMU C, dont le recours aux soins est sensiblement le même que les autres personnes ayant une couverture complémentaire[60].

[60] CREDES, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé,* n°78, décembre 2003.